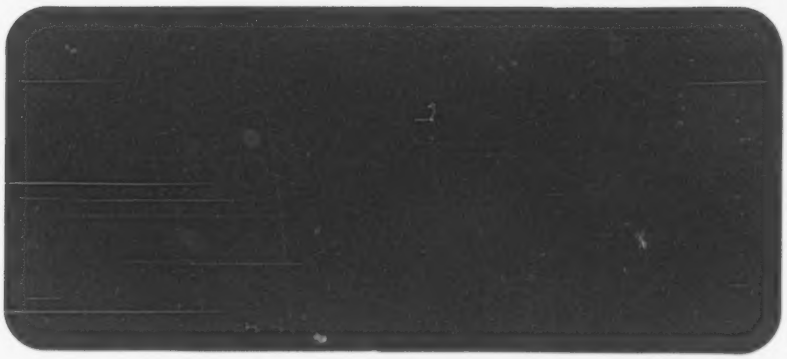
Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord



AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

RAPPORT DE GESTION

2010-2011

Cette publication est une production
de l'Agence de la santé et des
services sociaux de la Côte-Nord

NOTE

Dans ce texte, le masculin est pris dans
son sens générique et désigne aussi bien
les femmes que les hommes

COORDINATION

Sandra Morin, chef de service des communications, des affaires corporatives
et coordonnatrice régionale en sécurité civile - mission santé
Pascal Paradis, conseiller en communication

MISE EN PAGE

Karine Poirier, agente administrative

© Agence de la santé et des services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2011

Dépôt légal - 4e trimestre 2011
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque de l'Assemblée nationale
ISBN 978-2-89003-231-6

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Réginald Caron

Gaétan Garon

Monsieur le Ministre,

Nous avons le plaisir de vous déposer le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Agence) pour 2010-2011, une année au cours de laquelle les différents acteurs du réseau régional ont redoublé d'ardeur afin de relever les nombreux défis qui se présentent à eux. Un mot est revenu régulièrement : optimisation. Des démarches d'optimisation qui nous incitent à revoir nos façons de faire, et ce, toujours dans l'optique d'assurer à tous les Nord-Côtiers l'accès à une gamme de services de qualité et sécuritaires la plus large possible. Les informations présentées dans ce document témoignent des efforts consentis et de l'engagement du personnel du réseau de la santé et des services sociaux pour atteindre cet objectif.

Plusieurs résultats obtenus dépassent les cibles fixées, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services en dépendances, en soins palliatifs et pour les personnes en perte d'autonomie. Il en est de même pour ce qui est du nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de l'accès aux services spécialisés dans les délais établis pour les personnes présentant une déficience.

Des difficultés sont rencontrées dans d'autres secteurs, notamment en protection de la jeunesse où la pénurie de ressources humaines se fait sentir. Les travaux se poursuivent afin de pallier cette problématique et d'identifier des solutions novatrices. La situation des séjours sur civière à l'urgence est aussi préoccupante dans les deux CSSS régionaux. Là aussi, la pénurie de main-d'œuvre est en cause, de même que le manque de ressources en hébergement, tant pour les personnes âgées que pour les personnes ayant un problème de santé mentale. À cet égard, les travaux d'un comité régional pour le désengorgement des salles d'urgence permettront de cibler des actions à mettre en place pour améliorer la situation.

L'accès à un médecin de famille demeure une priorité pour l'Agence. Ainsi, l'implantation de guichets d'accès pour la clientèle sans omnipraticien dans quatre CSSS de la région est maintenant complétée. Ils permettent de diriger ces personnes vers les services médicaux adaptés à leur condition et d'assurer une prise en charge par un médecin lorsque requis. De plus, les établissements du réseau, en partenariat avec l'Agence, multiplient les démarches pour recruter des médecins intéressés à venir pratiquer dans la région. Ces démarches portent fruit puisque plusieurs nouveaux médecins omnipraticiens et spécialistes devraient s'installer dans la région au cours des deux prochaines années.

Au plan financier, seulement un établissement de la région n'a pas été en mesure de respecter l'objectif d'équilibre ou la cible déficitaire en 2010-2011. Beaucoup d'efforts continuent d'être déployés pour le respect de cet objectif et nous sommes confiants que l'ensemble des établissements de la région atteindra l'équilibre budgétaire en 2011-2012.

Cette année, l'Agence et tous les établissements du réseau nord-côtier ont tout mis en œuvre afin d'atteindre les cibles gouvernementales de réduction des dépenses administratives, tout en consolidant les services à la population. Ainsi, les travaux d'optimisation, qui se poursuivent toujours, ont permis de préciser le mode d'organisation des services autour des deux pôles régionaux de Baie-Comeau et de Sept-Îles. Différents projets d'optimisation ont aussi été identifiés en cours d'année, portant notamment sur les achats en commun et les coûts de transport, sans oublier la création de la Direction régionale des ressources informationnelles (DRRI), qui permet d'améliorer la qualité des services et d'optimiser les infrastructures, les ressources humaines et les investissements.

Considérant l'effervescence entourant le Plan Nord et les différents projets qui en découleront, il est clair que le réseau de la santé et des services sociaux devra adapter son offre de service en fonction de l'arrivée massive de travailleurs, tout en faisant face au vieillissement de la population et à la pénurie de main-d'œuvre.

Les membres du conseil d'administration, de l'équipe de gestion et le personnel de l'Agence sont prêts à tout mettre en œuvre afin de relever les défis à venir et surtout d'offrir à la population de la Côte-Nord une gamme de services de santé et de services sociaux répondant à ses besoins.

En terminant, nous tenons à remercier sincèrement le personnel et les administrateurs de l'Agence et du réseau régional ainsi que tous nos partenaires qui, par leur expertise, leur dévouement et leur implication, contribuent, jour après jour, à favoriser l'amélioration de la santé et des conditions de vie de la population nord-côtière.

Recevez, Monsieur le Ministre, l'expression de nos plus cordiales salutations.

Le président du conseil d'administration,

Réginald Caron

Le président-directeur général,

Gaétan Garon

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

La Loi sur la santé publique demande au directeur de santé publique de produire un rapport annuel portant sur l'état de santé de la population et les actions de santé publique prises pour améliorer l'état de santé.

Raynald Cloutier

Les faits saillants pour l'année 2010-2011 sont la préparation de l'Enquête Santé Côte-Nord, l'approche intersectorielle et le développement social ainsi que le déploiement du Plan d'action régional et des plans d'action locaux (PAR-PAL) de santé publique.

ENQUÊTE SANTÉ CÔTE-NORD

Cet exercice quinquennal, débuté en 1995, en est à sa quatrième édition. Créé au début pour suppléer au manque d'information précise concernant des problématiques sur le plan local, l'enquête évolue vers une stratégie permettant d'approfondir nos connaissances sur les facteurs de risque et les déterminants relatifs à des problématiques particulières (diabète, habitudes alimentaires, violence, etc.). Ce faisant, l'Enquête Santé Côte-Nord conserve cette particularité d'obtenir des données valides concernant les municipalités régionales de comté (MRC) moins populeuses. Cette enquête, dont le coût est d'environ 150 000 $, se tient au printemps 2011. Construite autour de thèmes ciblés, elle comprend près de 140 questions. Les faits saillants seront publiés à l'automne 2011.

APPROCHE INTERSECTORIELLE ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL

La Direction de santé publique de l'Agence est impliquée dans de nombreuses ententes de partenariat avec les ministères et organismes du territoire. Cette situation découle de la volonté régionale d'aborder certaines situations en mettant en commun nos ressources et notre expertise. Il s'agit également d'une approche privilégiée par les plans d'action gouvernementaux.

Une analyse de la situation concernant l'implication de l'Agence dans de nombreuses ententes a fait ressortir la nécessité de revoir nos façons de faire. Ainsi, certaines ententes entraînaient un dédoublement des mandats alors que certains projets pouvaient être exclus en fonction de mandats trop restreints. De plus, ces ententes réunissent souvent les mêmes intervenants. Un groupe de travail a recommandé d'établir une structure de concertation unique concernant les dossiers ayant un impact sur le développement social et le développement des communautés. Idéalement, cette structure devrait s'intégrer à celle déjà en place tout en étant suffisamment souple pour accueillir les attentes du milieu et favoriser une utilisation optimale des ressources provenant des programmes gouvernementaux. À cela s'ajoute la nécessité d'accueillir adéquatement des organismes comme Québec en forme et Avenir d'enfants, de façon à maximiser les retombées de leurs interventions. L'année 2011-2012 devrait permettre d'établir de nouvelles bases pour une concertation efficiente entre les ministères et organismes.

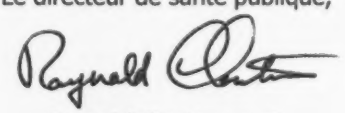
DÉPLOIEMENT DU PAR-PAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Le conseil d'administration de l'Agence a approuvé la mise à jour du Plan d'action régional (PAR) de santé publique en juin 2010. À la suite d'une demande concertée, il a été convenu que, régionalement, les plans d'action locaux (PAL) seraient inclus dans le PAR, d'où la dénomination PAR-PAL. Ce document regroupe l'ensemble des activités à déployer sur le plan régional pour atteindre l'objectif provincial de concrétiser les actions du Programme national de santé publique, avec comme échéancier mars 2015.

À l'instar de la philosophie ayant guidé la conception du PAR-PAL, sa mise en application découlera d'une approche intégrée gérée par la Direction de santé publique et les gestionnaires désignés par les CSSS. Cette structure décisionnelle favorisera un déploiement harmonieux, malgré d'importantes contraintes financières et humaines.

Finalement, l'année 2010-2011 s'est terminée par l'annonce du Plan Nord. Cette bonne nouvelle au regard du développement de la région constitue en même temps un défi pour le maintien de la santé et du bien-être de notre population. Le projet de La Romaine l'a démontré. Nous parlons de défi, car nous sommes convaincus de posséder collectivement la volonté et l'expertise requise pour y faire face. En santé publique, nous aurons à accroître notre vigilance pour identifier les problématiques émergentes. Nous devrons axer nos efforts sur la concertation avec nos partenaires pour augmenter notre efficience. Si toutes les conditions propices à un développement harmonieux sont mises en place, le Plan Nord deviendra un levier majeur pour favoriser le développement social et communautaire de la région.

Le directeur de santé publique,



Raynald Cloutier, m.d.

DÉCLARATION PAR LE PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

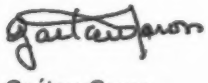
DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION DE L'AGENCE ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport de gestion 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

Le président-directeur général,



Gaétan Garon

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I - PRÉSENTATION DE L'AGENCE ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU NORD-CÔTIER

LA RÉGION 3
LA MISSION 3
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 4
LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE 5
LE FORUM DE LA POPULATION 5
LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE 6
LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE 7
LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE 8
LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE 9
LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES 10
LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU - CÔTE-NORD 11
LA STRUCTURE DE L'AGENCE 12
LES ÉTABLISSEMENTS 14
LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES 15
LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 16
LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL 18
LES RESSOURCES HUMAINES 19
LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS 21
LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ 22
LES COMMUNICATIONS 23
L'OPTIMISATION 24

CHAPITRE II - LES SERVICES À LA POPULATION

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ POUR L'ANNÉE 2010-2011 27
LES SERVICES GÉNÉRAUX 31
- Ligne Info-Santé/Info-Social 31
- Services infirmiers et psychosociaux généraux 32
- Effectifs médicaux 32
- Services offerts en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle 33

LA SANTÉ PHYSIQUE 34
- Services d'urgence 34
- Lutte au cancer 35
- Chirurgie 36
- Accès aux services spécialisés 38
- Groupe de médecine familiale 40
- Services préhospitaliers d'urgence 41
- Dossier de santé du Québec 42
- Guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien 43
- Organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale 43
- Douleur chronique 43

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 44
- Accès aux services 44
- Faits saillants 45

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE 48
- Soutien à domicile 48

Plan d'accès 49
Services spécialisés 50
Services de première ligne - personnes handicapées 51
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 52
Soutien à domicile 52
Services spécialisés 54
Services de première ligne - personnes handicapées 54
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ 55
Services de première ligne 55
Services de deuxième ligne 56
Faits saillants 56
LES DÉPENDANCES 57
Accès aux services 57
Orientations 57
Jeu pathologique 58
LA SANTÉ MENTALE 59
Services de première ligne 59
Services de deuxième ligne 60
Services de crise et d'intégration dans la communauté 60
Services d'urgence 61
Faits saillants 61
LA SANTÉ PUBLIQUE 63
Programme national de santé publique 63
Prévention et promotion de la santé 63
Développement social et développement des communautés 70
Santé environnementale 71
Santé au travail 72
Maladies infectieuses 73
Surveillance et évaluation 78
L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 79
Personnel du réseau et du Ministère 79
Mesures de contrôle 80
Qualité des services 80
Traitement des plaintes 81
Réalités masculines 82
Accès aux services en langue anglaise 82

CHAPITRE III - LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 85
Équilibre budgétaire 85
Fonds régionaux 86
LE RAPPORT DE LA DIRECTION 92
LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS 93
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 94
Résultats 94
Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 105

ANNEXES

Annexe A - Code d'éthique et de déontologie
Annexe B - Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2010

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

TABLEAUX

Tableau 1 Membres du conseil d'administration 4
Tableau 2 Membres du Forum de la population 6
Tableau 3 Comité exécutif de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 7
Tableau 4 Membres de la Commission infirmière régionale 7
Tableau 5 Membres de la Commission multidisciplinaire régionale 8
Tableau 6 Comité de direction du Département régional de médecine générale 9
Tableau 7 Comité de direction du comité régional sur les services pharmaceutiques 11
Tableau 8 Répartition des effectifs de l'Agence 12
Tableau 9 Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires 16
Tableau 10 Évolution des effectifs médicaux 33
Tableau 11 Répartition du volume et des coûts de déplacement des usagers des établissements de santé et des services sociaux de la Côte-Nord - Exercice 2010-2011 39
Tableau 12 Répartition du volume et des coûts de déplacement des usagers des établissements de santé et des services sociaux de la Côte-Nord - Exercice 2009-2010 39
Tableau 13 Groupes de médecine familiale sur la Côte-Nord 40
Tableau 14 Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord 42
Tableau 15 Demandes d'admission en hébergement de longue durée 47
Tableau 16 Personnes hébergées au 31 mars 2011 47
Tableau 17 Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2011 47
Tableau 18 Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2011 47
Tableau 19 Projets financés par le Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire 65
Tableau 20 Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région 72
Tableau 21 Bilan global des dossiers de plaintes traités par les commissaires 81
Tableau 22 Situation budgétaire des établissements 85
Tableau 23 Répartition du volet « maintien d'actifs » 86
Tableau 24 Répartition de la réserve régionale 2010-2011 - Volet « maintien d'actifs » 86
Tableau 25 Répartition du volet « rénovation fonctionnelle » 87
Tableau 26 Répartition de la réserve régionale 2010-2011 - Volet « rénovation fonctionnelle » 87
Tableau 27 Répartition du volet « rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD » 88
Tableau 28 Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement médical » 89
Tableau 29 Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement non médical et mobilier » 89
Tableau 30 Répartition de l'enveloppe pour la consolidation de service 90
Tableau 31 Répartition du budget de location d'espace 91
Tableau 32 Autorisations d'emprunts 91

FIGURE

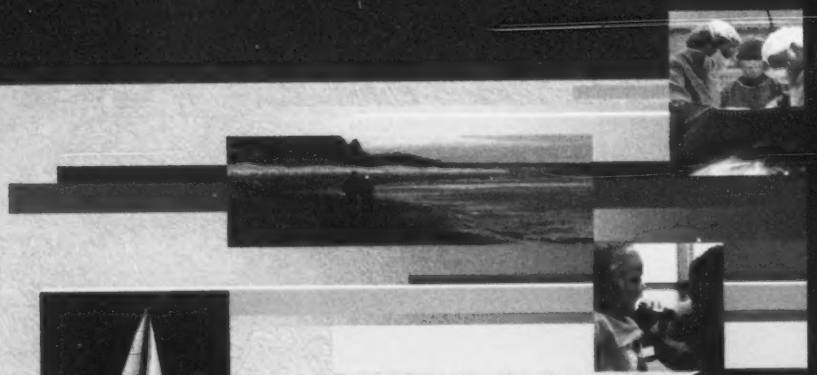
Figure 1 Schéma organisationnel 2010-2011 13

LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
ATP	Assistant technique en pharmacie
CDD	Centre de dépistage désigné
CGR	Comité de gestion du réseau
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPI	Comité de prévention des infections
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CPS	Centre de prévention du suicide
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DRRI	Direction régionale des ressources informationnelles
DSQ	Dossier de santé du Québec
ETC	Équivalent temps complet
EVAQ	Évacuation aéromédicale du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
HLM	Habitation à loyer modique
I-CLSC	Intégration CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAPA	Personne âgée en perte d'autonomie
PAR-PAL	Plan d'action régional et plans d'action locaux

PCI	Prévention et contrôle des infections
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI-RTF	Ressource intermédiaire et de type familial
RNI	Ressource non institutionnelle
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement

CÔTE-NORD région 09



CLSC **NASKAPI**

Kawawachikamach

Schefferville

Fermont

CSSS DE
L'HÉMATITE

CSSS DE LA
HAUTE-CÔTE-NORD

CSSS DE
MANICOUAGAN

CSSS DE
PORT-CARTIER

CSSS DE
SEPT-ÎLES

CSSS DE LA
BASSE-CÔTE-NORD

389

138

Uashat

Sept-Îles

Malioténam

Port-Cartier

Baie-Trinité

Baie-Comeau

Chute-aux-Outardes

Pessamit

Forestville

Les Escoumins

Essipit

Les Bergeronnes

Tadoussac

Rivière-au-Tonnerre

Rivière-Saint-Jean

Longue-Pointe-de-Mingan

Mingan

Havre-Saint-Pierre

Baie-Johan-Beetz

Aguanish

Natashquan

Pointe-Parent

Kegaska

La Romaine

Unamen Shipu

Chevery

Harrington Harbour

Tête-à-la-Baleine

La Tabatière

Mutton Bay

Saint-Augustin

Pakuashipi

Vieux-Fort

Rivière-Saint-Paul

Middle Bay

Blanc-Sablon

Port-Menier

ÎLE-D'ANTICOSTI

Fleuve Saint-Laurent

LÉGENDE

Mission : CLSC
Centre hospitalier
Centre d'hébergement et de soins de longue durée

Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
Point de service du CSSS
Dispensaire fédéral

Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Québec

CHAPITRE I

PRÉSENTATION DE L'AGENCE ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU NORD-CÔTIER

LA RÉGION

Située au nord-est du Québec, la Côte-Nord s'étend sur 1 280 km de littoral de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et Schefferville. La Côte-Nord occupe, à elle seule, le cinquième du territoire québécois (21,08 %) et elle se situe au deuxième rang provincial pour son étendue.

Selon les plus récentes projections de population de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la Côte-Nord compte 94 922 habitants. Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent 48 052 personnes au 1er juillet 2010, soit la moitié de la population (50,6 %). Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km^2. La Côte-Nord est une des régions du Québec où la population autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés innues et une naskapie. D'après les données du recensement de 2006, la région compte 12 175 autochtones, soit environ 12,7 % de la population régionale. On estime qu'environ 30 % des autochtones nord-côtiers ne vivent pas sur une réserve.

La population de la Côte-Nord est aussi un peu plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. Les statistiques de 2010 révèlent que 29,1 % des citoyens de la région ont moins de 25 ans contre 28,3 % dans la province. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont par ailleurs proportionnellement moins nombreuses qu'au Québec, même si leur nombre tend à augmenter. Elles représentent 13,9 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour environ 15 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones, sauf en Basse-Côte-Nord où 62 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme langue maternelle, soit environ 3 400 personnes.

LA MISSION

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi est de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec, répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit s'adapter continuellement aux caractéristiques propres à la région et s'arrimer aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Voici les membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2011.

Tableau 1 - Membres du conseil d'administration

Nom	Fonction	Municipalité
Marlène Berthelot	Commission infirmière régionale	Sept-Îles
Isabelle Bossé	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Sept-Îles
Réginald Caron (président)	Organismes socioéconomiques	Baie-Comeau
Roger Dubé	Département régional de médecine générale	Baie-Comeau
Céline Foster (vice-présidente)	Comité des usagers des établissements	Forestville
Luciana D. Hovington	Milieu communautaire	Sacré-Cœur
Carmelle Jones	Membre coopté	Blanc-Sablon
Jacques Landry	Organismes socioéconomiques	Natashquan
Robert Mousseau	Membre coopté	Fermont
Alain Ouellet	Organismes du secteur public de l'enseignement	Baie-Comeau
Victoria Riverin	Membre coopté	Pessamit
Clermont Tremblay	Centres de santé et de services sociaux	Port-Cartier
Guillaume Tremblay	Milieu syndical	Baie-Comeau
Stéphane Verret	Commission multidisciplinaire régionale	Sept-Îles
Gaétan Garon	Président-directeur général	Baie-Comeau

Au total, sept rencontres ont été tenues entre le 1er avril 2010 et le 31 mars 2011, dont une par conférence téléphonique.

Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2011 :

- Luciana D. Hovington
- Robert Mousseau
- Clermont Tremblay (président)

Durant l'année qui vient de s'écouler, trois réunions ont été tenues.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est joint au rapport à l'annexe A. Ce code porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Un comité d'éthique et de déontologie voit à son application. Ce comité compte trois membres du conseil d'administration dont le mandat est d'une durée d'un an, renouvelable à chaque année.

Voici les membres qui font partie du comité :

- Marlène Berthelot (présidente)
- Alain Ouellet
- Stéphane Verret

À noter que, au cours de l'année 2010-2011, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

LE FORUM DE LA POPULATION

Le Forum de la population est une avenue novatrice visant à connaître le point de vue des citoyens et des usagers des services de santé et des services sociaux sur l'organisation des services. Le Forum associe la population à la définition des orientations régionales en matière de santé et de services sociaux.

Instance consultative auprès de l'Agence, le Forum est composé de quinze membres. Il est responsable :

- D'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- De formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

Voici la liste des personnes qui composent cette instance ainsi que les territoires ou catégories représentés.

Tableau 2 - Membres du Forum de la population

Nom	Territoire ou catégorie	Municipalité
Carol Boudreau	Territoire du CSSS de Port-Cartier	Port-Cartier
Lise Carbonneau Hounsell	Personnes âgées de 55 ans et plus	Natashquan
René Cummings	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
Lyse Desjardins	Comité des usagers	Baie-Comeau
Sam Einish	Territoire du CLSC Naskapi	Kawawachikamach
Claudine Émond	Territoire du CSSS de Manicouagan	Ragueneau
Denise Harel-Montigny	Territoire du CSSS de Manicouagan	Baie-Comeau
Marguerite Larue	Territoire du CSSS de Manicouagan	Baie-Comeau
Harold Lebrun	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
Michel Lepage	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
Dan Mauger	Communautés anglophones	Chevery
Nicole Pellerin	Territoire du CSSS de la Haute-Côte-Nord	Colombier
Louise Rodgers	Territoire du CSSS de la Minganie	Rivière-Saint-Jean
Mélanie Roy	Personnes âgées de 35 ans et moins	Fermont

Le poste représentant les communautés innues est actuellement vacant. Aucune rencontre n'a eu lieu en 2010-2011.

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Cette instance est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de département au sein des deux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la Côte-Nord, soit les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles. Elle a pour mandat de conseiller le président-directeur général de l'Agence au regard de l'organisation régionale des services médicaux en spécialité dont, entre autres :

- Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité;
- Le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés;
- Le réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés;
- Tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés ainsi que l'utilisation de certains médicaments;
- L'instauration de corridors de services avec la collaboration du réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Le président-directeur général de l'Agence, le directeur des affaires médicales et de la santé physique, de même que les directeurs des services professionnels des deux établissements sous-régionaux complètent d'office la composition de cette instance.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée n'a pas tenu de rencontre en 2010-2011. Un nouvel exécutif a été formé au cours du printemps 2011 et les travaux seront relancés.

Le comité exécutif est composé de neuf membres.

Tableau 3 - Comité exécutif de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Nom	Fonction	Établissement
Dre Véronique Beaudry	Chef du département clinique de psychiatrie	CSSS de Sept-Îles
Dre Isabelle Bossé (présidente)	Chef du département clinique d'obstétrique-gynécologie	CSSS de Sept-Îles
Dr André Crépeau	Chef du département clinique de radiologie	CSSS de Sept-Îles
Dr Danny Dreige	Chef du service d'ophtalmologie	CSSS de Manicouagan
Dr Dominique Gionet	Chef du département clinique de médecine spécialisée	CSSS de Sept-Îles
Dr Yves Girard	Chef du département de médecine interne	CSSS de Manicouagan
Dre Nancy Griffiths	Chef du service clinique d'orthopédie	CSSS de Sept-Îles
Dr Said Louahlia (vice-président)	Chef du service d'anatomopathologie	CSSS de Manicouagan
Dr Gabriel Lemay	Chef du département d'anesthésiologie	CSSS de Manicouagan

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

La Commission infirmière régionale (CIR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services infirmiers. Au 31 mars 2011, la composition de la CIR était la suivante.

Tableau 4 - Membres de la Commission infirmière régionale

Nom	Fonction	Établissement
Marlène Berthelot (présidente)	Direction des soins infirmiers	CSSS de Sept-Îles
Marie Blanchet LeGendre	Membre coopté	CSSS de Sept-Îles
Danie Chamberland	Membre observateur	CSSS de l'Hématite
Juliette Fournier	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Haute-Côte-Nord
Brigitte Gagnon	Cégep (département des soins infirmiers)	Cégep de Sept-Îles
Francine Girard	Direction des soins et milieu de vie	CSSS de Port-Cartier
Martine Joncas	Membre observateur	CSSS de Sept-Îles
Marielle Monger	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Isabelle Morin	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	CSSS de Manicouagan
Lucie Savard	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Manicouagan
Nathalie Tremblay	Membre observateur	CSSS de Sept-Îles
Mireille Vigneault	Membre observateur	CSSS de la Minganie
Lise Boivin	Personne désignée par le président-directeur général	Agence
Vacant	Conseil des infirmières et infirmiers	

En 2010-2011, la CIR a tenu une rencontre. La pénurie d'infirmières dans la région a empêché la tenue de deux rencontres, car le quorum n'était pas atteint.

La CIR a été consultée pour les dossiers suivants :

- Planification stratégique 2010-2015;
- PAR-PAL de santé publique;
- Formation pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services autres que médicaux ou infirmiers. Voici les membres de la CMuR au 31 mars 2011.

Tableau 5 - Membres de la Commission multidisciplinaire régionale

Nom	Établissement
Annie Gagné	CSSS de l'Hématite
Annie Lebel	CSSS de Port-Cartier
Jeannot Michaud	CSSS de Sept-Îles
Marie-Pierre Naud	CPRCN (Centre jeunesse, Sept-Îles)
Jocelyn Pelletier	Cégep de Baie-Comeau
Anne Rioux	CSSS de Manicouagan
Chantal Salvas	CPRCN (Centre de réadaptation L'Émergent, Sept-Îles)
Stéphane Verret	CSSS de Sept-Îles
André Prévost	Agence

La CMuR s'est réunie deux fois au cours de la dernière année. Les membres ont été consultés sur le programme de lutte contre le cancer, le plan régional d'organisation des services en suppléance rénale, le PAR-PAL de santé publique 2009-2012, les balises en déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) et la Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence. De façon générale, ils se sont montrés favorables aux orientations proposées.

La CMuR s'est aussi intéressée aux implications de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, adoptée en juin 2009. De plus, un bilan des interventions psychosociales lors de la pandémie de grippe A(H1N1) a été présenté.

La déclaration d'engagement des centres de santé autochtones, de l'Agence et des établissements de santé et de services sociaux de la Côte-Nord a fait l'objet d'échanges, de même que le dépôt du projet de loi 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et les médecins œuvrant en établissement.

Sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, le DRMG est responsable :

- De définir, proposer et mettre en place un PREM en médecine familiale et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision de l'Agence;
- De définir, proposer et mettre en place un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, incluant un réseau de garde intégrée et de garde en disponibilité (maintien à domicile, établissements de longue durée, etc.) et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision de l'Agence;
- De définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux s'inscrivant à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- De faire des recommandations sur les programmes prioritaires de l'Agence et d'assurer la mise en place de ceux choisis par l'Agence;
- De faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) et d'assurer la mise en place des activités choisies par l'Agence;
- D'évaluer l'atteinte des objectifs relatifs au Plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens;
- De donner son avis sur tout projet concernant les services médicaux généraux à dispenser.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit omnipraticiens, issus des territoires de la Côte-Nord et de profils de pratique différents. Docteur Roger Dubé, chef du DRMG, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Voici les membres du comité de direction.

Tableau 6 - Comité de direction du Département régional de médecine générale

Nom	Établissement
Dre Chantale Baril	CSSS de Sept-Îles
Dr Roger Dubé (chef du DRMG)	CSSS de Manicouagan
Dre Marjolaine Gaumont	CSSS de la Haute-Côte-Nord
Dr Pierre Gosselin	CSSS de Port-Cartier
Dr Pierre Moore	CSSS de la Minganie
Dre Élisabeth Paradis	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Dr Raynald Pilon	CSSS de l'Hématite
Dre Claudette Viens	Cliniques privées pour l'ensemble de la région

Au cours de l'année 2010-2011, le comité de direction s'est réuni à trois reprises.

Les principaux sujets abordés sont :

- Activités médicales particulières (AMP);
- Collaboration ou avis au regard de certains programmes :
  - Déploiement des infirmières praticiennes spécialisées (IPS);
  - Formation régionale sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG);
  - Gestion des échantillons de produits pharmaceutiques;
  - Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS);
  - Procréation médicale assistée;
  - Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21;
  - Utilisation du formulaire pour les prescriptions transmises par télécopieur;
- Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier :
  - Accessibilité aux services de première ligne pour la clientèle vulnérable et orpheline;
  - Mise en œuvre des guichets d'accès sur tout le territoire;
  - Plans de contingence de certains établissements;
- Système d'archivage numérique des services de radiologie (PACS) pour les groupes de médecine familiale (GMF);
- Plan régional des effectifs médicaux (PREM) :
  - Coordination des effectifs médicaux en médecine familiale sur le territoire;
  - Confirmation des avis de conformité;
- Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence;
- Recrutement médical :
  - Gestion des ententes particulières;
  - Suivi du programme des boursiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en médecine familiale.

LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) regroupe l'ensemble des pharmaciens de la région, rejoignant ainsi ceux ayant une pratique exclusive en pharmacie communautaire et les pharmaciens œuvrant au sein d'un établissement. Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le CRSP exerce entre autres les mandats suivants :

- Émettre des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Les responsabilités du CRSP sont exercées par un comité de direction composé de quatre membres élus provenant d'autant de collèges électoraux. Madame Alice Bourgeois, présidente du comité, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Voici les membres du comité de direction.

Tableau 7 - Comité de direction du comité régional sur les services pharmaceutiques

Nom	Fonction	Établissement
Alice Bourgeois (présidente)	Chef de département	CSSS de Sept-Îles
Sylvie Comeau	Pharmacienne en établissement	CSSS de Manicouagan
Christine Lacombe	Pharmacienne propriétaire	Baie-Comeau
Nancy Saint-Pierre	Pharmacienne propriétaire	Chute-aux-Outardes

Siègent également au CRSP, le président-directeur général, le directeur des affaires médicales et de la santé physique et la responsable du dossier pharmacie à l'Agence.

Au cours de l'année 2010-2011, le CRSP s'est réuni à deux reprises.

Le CRSP a été consulté pour les dossiers suivants :

- Suivi du Plan régional des systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments (SARDM);
- Ordonnance collective pour la pédiculose;
- Promotion du vaccin pneumovax;
- Panier de services pharmaceutiques relevant des établissements;
- Antidotes;
- Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence;
- Gestion des échantillons;
- Formation pour les assistants techniques en pharmacie (ATP).

LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU - CÔTE-NORD

Afin de coordonner l'offre de service dans la région ainsi que les activités de gestion du réseau nord-côtier, le président-directeur général de l'Agence anime une table de concertation avec les établissements. Ce comité est la plateforme privilégiée pour la consultation des gestionnaires sur la planification des services, l'allocation budgétaire et les grands dossiers régionaux.

Le comité de gestion du réseau (CGR) - Côte-Nord s'est réuni à sept reprises au cours de l'année 2010-2011.

LA STRUCTURE DE L'AGENCE

Au 31 mars 2011, le plan d'organisation de l'Agence repose sur huit directions :

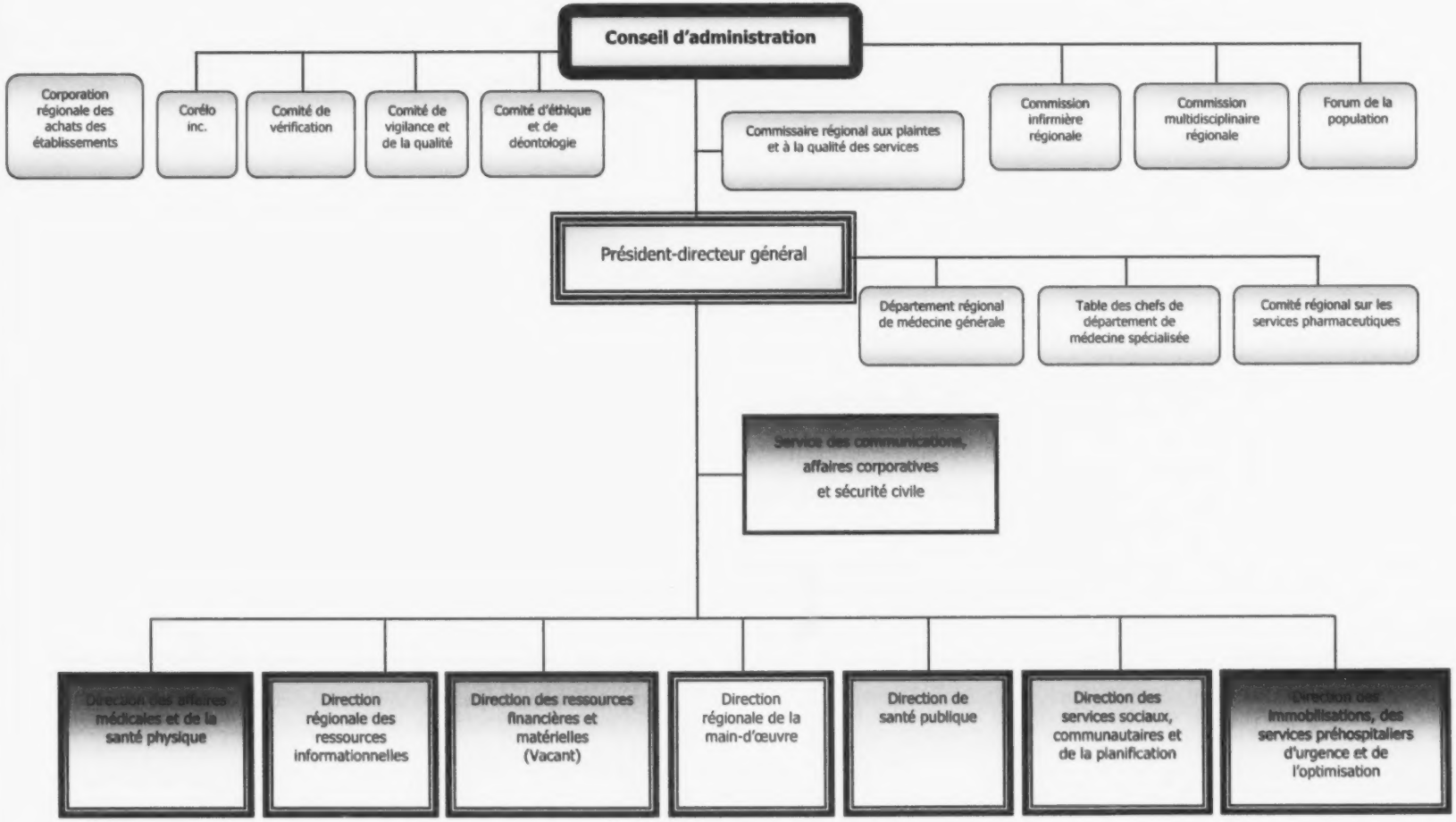
- Direction générale;
- Direction de santé publique;
- Direction des affaires médicales et de la santé physique;
- Direction des services sociaux, communautaires et de la planification;
- Direction des immobilisations, des services préhospitaliers d'urgence et de l'optimisation;
- Direction des ressources financières et matérielles;
- Direction régionale de la main-d'œuvre;
- Direction régionale des ressources informationnelles.

Le tableau et la figure qui suivent reflètent la répartition des effectifs et le schéma organisationnel de l'Agence.

Tableau 8 - Répartition des effectifs de l'Agence

Effectifs de l'Agence au 31 mars 2011		Exercice courant	Exercice précédent
Employés cadres	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	17,00	17,00
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,40	0,40
	Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Employés réguliers	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	57,00	69,00
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en sécurité d'emploi)	3,00	2,40
	Nombre d'employés en sécurité d'emploi	-	-
Employés occasionnels	Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	20 964,78	13 164,81
	Équivalents temps complet	11,48	7,20

Figure 1 - Schéma organisationnel 2010-2011



LES ÉTABLISSEMENTS

La région compte neuf établissements dont sept CSSS intégrant les missions médicale, sociale et d'hébergement de longue durée. Les deux autres sont le CLSC Naskapi desservant la communauté de Kawawachikamach et le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN) qui regroupe quatre missions.

MRC DE LA HAUTE-CÔTE-NORD

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a son siège social à Les Escoumins et dispense ses services à partir de trois pavillons situés à Les Bergeronnes, Les Escoumins et à Forestville et d'un point de service à Sacré-Cœur. Il couvre le territoire qui s'étend de Tadoussac à Colombier, incluant la municipalité de Sacré-Coeur au nord et la communauté innue d'Essipit. Le CSSS dessert une population de 11 826 habitants.

MRC DE MANICOUAGAN

Le CSSS de Manicouagan, dont le centre administratif est à Baie-Comeau, compte des points de service à Chute-aux-Outardes et Baie-Trinité.

La MRC de Manicouagan regroupe 32 066 habitants. Ce territoire débute avec la communauté innue de Pessamit et s'étend jusqu'à la municipalité de Baie-Trinité. Baie-Comeau, avec ses 21 856 habitants, est la municipalité la plus populeuse de ce territoire administratif.

MRC DE SEPT-RIVIÈRES

La MRC de Sept-Rivières compte deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 35 329 personnes.

Le CSSS de Sept-Îles dessert 27 528 personnes. La ville de Sept-Îles représente la principale agglomération avec 26 196 résidents. Ce secteur compte également la communauté innue de Uashat-Maliotenam.

Le CSSS de Port-Cartier dessert une population de 7 801 personnes, qui inclut les résidents du secteur Gallix de la ville de Sept-Îles, couvert par cet établissement.

MRC DE CANIAPISCAU

La MRC de Caniapiscau comprend deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 3 957 personnes.

Le CSSS de l'Hématite est situé dans la ville de Fermont et dessert une population de 3 354 habitants. Le CLSC Naskapi, de juridiction provinciale, constitue le second établissement compris dans la MRC de Caniapiscau. Il offre ses services à la communauté naskapie de Kawawachikamach (603 habitants).

MRC DE LA MINGANIE

Le CSSS de la Minganie dessert une population de 6 343 personnes, dont la moitié vit à Havre-Saint-Pierre. En plus du siège social situé dans cette municipalité, l'établissement regroupe sept points de service sur un territoire de 310 km, dont un en milieu isolé (L'Île-d'Anticosti). Ce secteur compte aussi deux communautés autochtones.

MRC DU GOLFE-DU-SAINT-LAURENT

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon. Au total, le CSSS dessert une population de 5 331 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend deux communautés innues.

Sur une distance de 400 km, la Basse-Côte-Nord est majoritairement constituée de villages isolés dans lesquels sont offerts des services de dispensaire.

MISSION RÉGIONALE

Le CPRCN couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en dépendance ainsi qu'en protection de la jeunesse.

Son siège social est à Baie-Comeau et les services sont dispensés dans une trentaine de points de service, et ce, dans toutes les MRC de la Côte-Nord.

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

L'Agence et l'ensemble des établissements, sauf le CSSS de Port-Cartier qui ne dessert aucune communauté autochtone, ont signé une entente d'intention avec toutes les communautés innues de la région. Cette entente constitue un engagement à rendre l'accès aux services de santé québécois plus fluide pour les autochtones. De plus, elle prévoit un partage des connaissances et une sensibilisation des intervenants du réseau aux réalités des Innus.

Par ailleurs, l'Agence, le CSSS de Sept-Îles et le Centre de santé Uashat Mani-Utenam travaillent conjointement à l'élaboration d'un plan d'action pour faire face aux conséquences de la maladie de Huntington sur les populations innues de la Côte-Nord.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par le biais des volets mission globale et entente de service, nous permet de soutenir 101 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Au total, cela représente un investissement de 10 013 192 $, et ce, excluant les subventions attribuées dans le cadre des projets ponctuels, de la formation, de la sécurité alimentaire et du programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA). Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que par le Cadre de reconnaissance et de financement en termes de reddition de comptes. Ainsi, l'Agence reçoit de chacun de ces organismes un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de leurs états financiers. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes. Un processus d'analyse permet à l'Agence d'effectuer le suivi de gestion des fonds publics dédiés au soutien communautaire.

Tableau 9 - Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires

Organisme	Subvention 2009-2010 ($)*	Subvention 2010-2011 ($)*	Catégorie
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	25 871	26 388	Trouble envahissant du développement
Actions Sida Côte-Nord	62 115	63 357	VIH-SIDA
Ado-Cité – Maison des jeunes	37 331	38 078	Maison de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute Côte-Nord inc.	14 576	14 868	Déficience physique
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	23 246	23 711	Déficience multiple
Association des jeunes de Fermont	20 687	21 101	Maison de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel Baie-Comeau inc. (APAME)	68 806	70 182	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	20 352	20 759	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	23 866	24 343	Déficience physique
Association des sourds de Baie-Comeau	6 268	6 393	Déficience physique
Association Fibromyalgie de Duplessis	14 952	15 251	Déficience physique
Association l'Envolée de la Côte-Nord	16 161	16 484	Santé mentale
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	25 873	26 390	Trouble envahissant du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de l'Est de la Côte-Nord inc. (APAME)	74 272	75 757	Santé mentale
Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité (A.Q.E.A.), Chapitre Côte-Nord	1 555		Déficience physique
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	28 717	29 291	Personne âgée
Centre d'action bénévole de la Minganie	108 211	122 122	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles	126 904	105 534	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	225 876	237 115	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	57 848	59 005	Déficience multiple
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - région Côte-Nord	343 504	350 374	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	169 082	178 367	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	145 754	155 526	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	-	44	Personne démunie

Organisme	Subvention 2009-2010 ($)*	Subvention 2010-2011 ($)*	Catégorie
Centre de femmes « l'Étincelle »	172 798	176 254	Centre de femmes
Centre des femmes de Forestville	172 791	176 247	Centre de femmes
Centre de prévention du suicide Côte-Nord	386 851	394 588	Santé mentale
Centre d'intervention Le Rond-Point	112 034	114 275	Alcoolisme, toxicomanie et autre dépendance
Centre femmes aux quatre vents	172 790	176 246	Centre de femmes
Centre Le Volet des femmes	172 893	176 351	Centre de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	22 645	23 098	Personne âgée
Club l'Étape Manicouagan	15 280	15 586	Alcoolisme, toxicomanie et autre dépendance
Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes	63 028	64 289	Santé physique
Comité action jeunesse de Bergeronnes	22 203	32 531	Maison de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	31 893	32 531	Maison de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	5 825	15 825	Maison de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	22 203	32 531	Maison de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	5 146	5 249	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	5 146	5 249	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	5 146	5 249	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	31 143	31 766	Maison de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	25 772	26 287	Personne démunie
Comptoir alimentaire, L'Escale	25 772	26 287	Personne démunie
CoNVERjaNCE Manicouagan	190 481	194 291	Organisme de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	2 513	2 563	Personne démunie
Éki-Lib Santé Côte-Nord	32 539	33 190	Santé mentale
Espace Côte-Nord	112 578	114 830	Autre ressource jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	57 857	59 014	Déficience multiple
Groupe nord-côtier de défense des droits en santé mentale	69 943	71 342	Santé mentale
Homme Aide Manicouagan		44 000	Autre ressource homme
Hom'asculin Port-Cartier	43 742	47 617	Autre ressource homme
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.	44 396	48 284	Autre ressource homme
La croisée, un organisme de justice alternative	233 320	237 986	Organisme de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	597 001	608 268	Maison d'hébergement pour femme violentée ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	29 834	30 431	Maison de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	102 126	104 169	Maison de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	106 159	107 882	Maison de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	29 834	30 431	Maison de jeunes
La Maison du Tonnerre	48 196	49 160	Maison de jeunes
La popote roulante « Les Délices Maisons »	6 084	6 206	Personne démunie
La Vallée des Roseaux	423 033	431 494	Santé physique
L'Alliance des femmes	172 793	176 249	Centre de femmes
L'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord inc.	79 555	81 146	Santé mentale
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 097	1 119	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	20 806	21 222	Déficience physique
L'Âtre de Sept-Îles	294 696	300 590	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	5 199	5 303	Maintien à domicile
Le Créam	144 134	147 017	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	31 026	31 647	Déficience multiple
Le Pivot des Îles inc.	57 858	59 015	Déficience multiple
Le Répit Daniel Potvin inc.	166 897	197 108	Déficience multiple
L'Entre-Deux-Tournants	63 714	64 988	Maison de jeunes
Les Amis du Rayon d'or	34 958	37 657	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	28 759	29 334	Déficience multiple
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	30 597	31 209	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	135 160	137 863	Déficience multiple
Maison Anita LeBel	67 197	68 541	Maison d'hébergement pour femme violentée ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	520 548	530 834	Maison d'hébergement pour femme violentée ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	180 426	184 035	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	608 698	620 063	Maison d'hébergement pour femme violentée ou en difficulté
Maison des jeunes de Colombier	10 251	10 456	Maison de jeunes

Organisme	Subvention 2009-2010 ($)*	Subvention 2010-2011 ($)*	Catégorie
Maison des jeunes « La Source » Minganie	71 563	72 994	Maison de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	36 212	36 936	Maison de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	24 445	24 934	Maison de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	37 331	38 078	Maison de jeunes
Maison des jeunes l'Entretemps de Forestville	78 538	80 109	Maison de jeunes
Maison jeunes Gros Mecatina	10 251	10 456	Maison de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	628 989	640 796	Maison d'hébergement pour femme violentée ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	15 092	15 394	Déficience multiple
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	16 295	16 621	Déficience multiple
Nouveau regard	6 118	6 240	Santé mentale
Point de rencontre inc.	196 819	200 755	Alcoolisme, toxicomanie et autre dépendance
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	12 535	12 788	Santé mentale
Répit Richelieu	188 388	192 156	Déficience multiple
Ressource de réinsertion « Le Phare »	32 713	33 367	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	70 434	71 842	Personne âgée
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	13 374	13 641	Déficience physique
Table de concertation des associations de pers. hand. de la Côte-Nord	3 000	3 000	Concertation et consultation générale
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	89 115	90 897	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	83 527	85 198	Alcoolisme, toxicomanie et autre dépendance
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	31 949	32 588	Alcoolisme, toxicomanie et autre dépendance
Vers l'âge Senior inc.	163 695	166 969	Maintien à domicile
MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES	**9 707 574**	**10 013 192**	
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS	**100**	**101**	

* Exclut les sommes versées dans le cadre de la sécurité alimentaire et du programme PAPA.

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

Au 31 mars 2011, le réseau nord-côtier de ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) se répartit comme suit :

Pour accueillir les jeunes de 18 ans et moins :

- 76 familles d'accueil avec 185 places*;
- Une ressource intermédiaire de deux places.

* Ces chiffres excluent les familles d'accueil autochtones.

Pour recevoir les adultes et les aînés :

- 54 résidences d'accueil dénombrant 220 places;
- 26 ressources intermédiaires disposant de 242 places.

Toujours dans le but d'offrir des milieux de vie sécuritaires et de qualité, des personnes issues des RI-RTF de Baie-Comeau et de Sept-Îles ont profité, en 2010-2011, de formations en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et secourisme en général données par l'organisme reconnu Aqua-Urgence, de Forestville, avec la participation financière de l'Agence.

LES RESSOURCES HUMAINES

La pénurie de main-d'œuvre qui se fait sentir dans plusieurs secteurs d'activité affecte particulièrement le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Cette pénurie s'est accrue au cours des dernières années, notamment en raison de la baisse de la population et des difficultés à attirer et retenir la main-d'œuvre. Les besoins sont importants dans tous les domaines de la santé et des services sociaux, mais sont plus criants pour certaines catégories d'emplois.

L'Agence a poursuivi la démarche de planification de la main-d'œuvre découlant du Cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO) développé par le MSSS. Chaque année, les établissements du réseau doivent compiler les données statistiques relatives à leur main-d'œuvre. En tenant compte des résultats obtenus, la stratégie régionale de planification de la main-d'œuvre sera renouvelée en collaboration avec les établissements.

ENTENTE 3R

La pénurie de main-d'œuvre, la baisse de la population et la difficulté d'attirer des travailleurs de l'extérieur à venir s'établir dans la région ont incité plusieurs organismes de la Côte-Nord à travailler en concertation pour faciliter le recrutement et la rétention. En collaboration avec la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord, le Forum-jeunesse Côte-Nord, Emploi-Québec - Direction de la Côte-Nord, l'Agence a signé en 2008 une entente visant le retour des jeunes en région, le renforcement de l'identité régionale ainsi que le rayonnement de la Côte-Nord (Entente 3R). Depuis le début de l'année 2010, les établissements ont participé à différentes activités de promotion et de recrutement organisées dans le cadre de l'Entente 3R. Ainsi, la Côte-Nord a obtenu une plus grande visibilité auprès de la main-d'œuvre vivant à l'extérieur de la région.

FORMATION

Plus de 685 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la région ont pris part aux activités de formation, d'information et de promotion offertes sur l'ensemble du territoire nord-côtier.

Une vingtaine de sessions différentes ont été tenues dans des domaines aussi variés que les dépendances, la sécurité des travailleurs, les maladies infectieuses, la périnatalité, la santé mentale, les personnes âgées, la gestion des plaintes, l'utilisation de logiciels et l'hygiène et salubrité.

Plusieurs membres du personnel des établissements, employés et bénévoles des organismes communautaires ont également profité de ces activités de formation.

Tous ces projets ont requis près de 151 500 $ d'investissements du service de développement des ressources humaines-réseau.

FORMATION POUR LE PERSONNEL D'ENCADREMENT

Les nombreux changements survenus au cours des dernières années dans le réseau de la santé et des services sociaux, jumelés à une pénurie du personnel d'encadrement, ont justifié le développement d'une formation continue spécifique aux besoins des cadres. L'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) a élaboré un programme de formation à l'intention des cadres du réseau régional de la santé et des services sociaux. Un total de 25 participants, répartis en deux cohortes (Baie-Comeau et Sept-Îles), sont inscrits à cette formation qui a débuté en 2009 et se terminera à l'automne 2011.

NOUVELLE FORMATION À DISTANCE OFFERTE EN RÉGION

Les agences de santé et de services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord ont collaboré étroitement à la mise sur pied d'un programme de formation pour les ATP. Ce programme de formation, élaboré par le Cégep de Rivière-du-Loup, a été adapté aux besoins du milieu. Il est offert à distance au personnel des établissements de la région depuis mai 2011.

CORPORATION DES SERVICES UNIVERSITAIRES DU SECTEUR OUEST DE LA CÔTE-NORD

L'Agence a maintenu son appui à la Corporation des services universitaires du secteur ouest de la Côte-Nord pour qu'elle conclue des ententes de service avec des universités dans le but d'offrir une formation répondant aux besoins du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Ainsi, un partenariat entre l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et les employeurs de la région a permis le démarrage d'un nouveau programme de baccalauréat en sciences infirmières qui sera offert à l'automne 2011 à Baie-Comeau et qui s'ajoutera au programme de baccalauréat en travail social déjà offert.

LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS

L'année 2010-2011 fut une année de grands changements en ce qui a trait aux ressources informationnelles. Les directeurs généraux de la Côte-Nord ont convenu, en novembre 2009, de créer une DRRI et d'en confier la gouverne à l'Agence, afin d'optimiser à la fois les infrastructures, les ressources humaines et les investissements, mais aussi dans le but d'améliorer la qualité des services.

La mission de cette nouvelle direction est de supporter et mettre en place des systèmes d'information permettant de soutenir au quotidien les pratiques cliniques, la prise de décision et la gestion sur le plan stratégique, tactique et opérationnel, dans une optique de continuum de soins et de services à la clientèle, de consolidation des projets cliniques et de soutien aux réseaux locaux de services, tout en optimisant nos ressources et nos investissements.

Plusieurs activités ont été réalisées afin de faciliter la mise en place de la DRRI. L'ensemble des ressources humaines dédiées aux ressources informationnelles de la région furent réparties dans ces différents services qui sont déjà opérationnels. Le transfert légal de ces ressources dans la DRRI sera effectif le 1er avril 2012. Voici sommairement la description de ces services :

- Guichet unique et Centre de services de première ligne : Un seul numéro de téléphone, un seul point de contact avec tous les services techniques pour les utilisateurs de l'ensemble de la région, et ce, 24 heures par jour, sept jours par semaine.
- Services spécialisés : Services où se concentrent les techniciens et analystes spécialisés dans une ou plusieurs disciplines d'architecture et d'infrastructure, telles que la télécommunication, la télésanté, la téléphonie, et les infrastructures de l'ensemble des établissements.
- Bureau régional de projets : Service qui a pour mission de développer un centre d'expertise des meilleures pratiques en gestion de projets dans la région tout en respectant, à la fois, les besoins d'affaires et les contraintes des organisations, de faire les suivis du portefeuille de projets et des opportunités d'affaires.
- Infocentre régional, Intranet, Extranet, site Web et outils de collaboration : Services permettant de développer des outils afin de faciliter l'exploitation optimale des banques de données pour la production et la diffusion d'information de qualité, accessible en temps opportun, fiable, pertinente et adaptée aux besoins.
- Sécurité des actifs informationnels : Service qui a pour mission de protéger les informations sensibles en évaluant les menaces et en mettant en place des mesures et politiques afin de s'assurer d'une disponibilité, intégrité, confidentialité, irrévocabilité et traçabilité de l'information. Un officier de sécurité régional a été nommé, et collaborera avec les établissements pour la mise en place du cadre global de gestion de la sécurité des actifs informationnels et les outils de sensibilisation à la sécurité auprès des utilisateurs.

En appui à la DRRI, un comité aviseur régional des ressources informationnelles (CARRI) fut également créé. Sous la gouverne du CGR - Côte-Nord, ce comité est présidé par la directrice régionale des ressources informationnelles et composé d'un membre de direction de chacun des établissements et du coordonnateur régional de la DRRI. Les membres du CARRI ont comme principales fonctions l'analyse et les recommandations au CGR des projets, la gestion du changement, les opportunités d'affaires, la sécurité des actifs informationnels, le financement des projets et sa récurrence annuelle ainsi que la qualité des services offerts par la DRRI.

Au cours de cette même année, en plus de la mise en place de la DRRI, plusieurs projets régionaux d'optimisation furent débutés dont :

- Téléphonie IP : La région de la Côte-Nord participe depuis l'automne 2010 à un projet pilote avec le MSSS sur la téléphonie IP pour l'ensemble des établissements de la région. L'analyse MAREVA ainsi que l'identification des sites prioritaires furent réalisées. Un plan d'affaires suivra au cours de la prochaine année.
- Centres de traitement : L'analyse de faisabilité a été réalisée aux endroits identifiés, soit le CSSS de Sept-Îles et le CSSS de Manicouagan. Les prochaines étapes seront la réalisation des travaux pour la mise à niveau des salles de serveurs de ces deux sites.

Finalement, l'année 2010-2011 aura épargné l'Agence ainsi que l'ensemble des établissements de la région de situations majeures en ce qui concerne les incidents de sécurité.

LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ

Quelques événements ont nécessité le déploiement des mesures d'urgence en 2010-2011 pour l'Agence. Les fortes pluies de décembre 2010 ont notamment entraîné des difficultés de transport de médicaments dans la région de Fermont.

L'Agence de la Côte-Nord a également participé, sur le plan provincial, aux travaux d'évaluation de la gouvernance lors de la pandémie de grippe A(H1N1). Le rapport final contenant une série de recommandations devrait être déposé au ministre au cours de 2011. D'autres travaux d'envergure menés par le MSSS sur la révision de la mission santé et du manuel de planification des mesures d'urgence ont aussi occupé une partie de l'année.

Quatorze ententes reliant les municipalités à l'Agence quant aux unités de rassemblement de blessés sur le territoire ont été renouvelées et les inventaires vérifiés. Deux autres le seront au cours de la prochaine année.

En 2010-2011, l'Agence a poursuivi le déploiement en Minganie de la formation en sécurité civile - mission santé (volet psychosocial) lors de sinistres. Cette formation vise à développer une pratique d'intervention psychosociale commune lors de situations de sinistres, en se basant sur les meilleures pratiques en ce domaine. En deux ans, cette formation a été offerte dans sept territoires, auprès d'une centaine d'intervenants.

Il demeure toujours nécessaire de poursuivre le développement de la culture de sécurité civile au sein du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Plusieurs événements nous rappellent fréquemment l'importance que les organisations se préparent avant qu'une catastrophe ou un sinistre ne se produise, qu'elles soient bien au fait des risques encourus et qu'elles planifient leurs interventions en conséquence.

LES COMMUNICATIONS

L'Agence s'assure, sur une base régulière, de transmettre de l'information à la population, au réseau régional de la santé et des services sociaux ainsi qu'à ses différents partenaires. Le Service des communications répond aux demandes des médias et facilite l'accès à l'information avec un souci constant de transparence. En 2010-2011, environ 100 entrevues ont été accordées aux journalistes sur divers sujets d'actualité. Des conférences de presse et des communiqués ont également permis d'informer le public.

Parmi les activités qui ont mobilisé le Service des communications, voici les principales réalisations :

- Les résultats d'une enquête de santé dans des habitations à loyer modique (HLM) ont été rendus publics en juin 2010. Le Service des communications a aussi collaboré à la réalisation d'un bulletin d'information à l'intention des locataires.
- Différentes activités de communication ont porté sur l'optimisation du réseau de la santé et des services sociaux en lien avec les attentes gouvernementales et les obligations liées à la loi 100. Certaines réorganisations administratives au sein de CSSS de la région ont aussi attiré l'attention.
- Des informations ont été recueillies et des documents ont été produits en vue de diffuser une campagne à l'intention de la population au sujet des impacts possibles sur la santé en lien avec d'éventuels projets de mines d'uranium. La publication de cette campagne est prévue en 2011-2012.
- Une analyse de la couverture de presse de l'Agence et des établissements a été réalisée pour une deuxième année consécutive afin de mesurer la présence dans les médias du réseau régional et la représentativité des porte-parole, d'identifier les principaux thèmes abordés et d'évaluer le traitement accordé par les différents médias présents dans la région.
- Dans le cadre de ses activités régulières, le Service des communications a produit et diffusé six numéros des « Échos du conseil » aux partenaires de l'Agence, de même qu'aux médias pour informer la population des décisions prises par le conseil d'administration.

- En 2010-2011, des dizaines d'outils promotionnels, en provenance du MSSS ou produits par l'Agence, ont été diffusés, dans le réseau et parmi la population, sur divers sujets, tels que les maladies chroniques, la vaccination, la santé mentale et la protection de la jeunesse.

L'OPTIMISATION

En mars 2010, lors du dépôt du budget, le ministre des Finances, monsieur Raymond Bachand, proposait des actions structurantes afin de répondre à quatre enjeux pressants pour le réseau de la santé. Il est ici question de l'équilibre des finances publiques, le renouvellement des infrastructures, la performance et le financement du système de santé ainsi que la réduction de la dette. À la suite du dépôt du budget 2010-2011, le MSSS entreprenait une démarche visant l'optimisation du réseau de la santé afin de pouvoir maintenir l'accès à des services de qualité de façon sécuritaire tout en faisant face, dans certaines circonstances, à une augmentation de la demande. Dans l'état actuel des choses, le *statu quo* ne peut être une option à envisager, considérant que le taux de croissance pour maintenir les services, dans son mode actuel, dépasse largement l'indexation prévue.

En décembre dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux, docteur Yves Bolduc, présentait son plan de réduction des dépenses en conviant l'ensemble des dirigeants à réduire de façon significative les coûts administratifs dans le réseau de la santé et des services sociaux, tout en maintenant l'accessibilité et la qualité des soins offerts à la population. Ce plan s'inscrit dans le contexte actuel où le gouvernement s'est engagé à faire l'effort d'atteindre l'objectif de retour à l'équilibre budgétaire. Cette démarche sous-tend l'importance de développer une culture de qualité et d'amélioration continue dans le but d'assurer le plein potentiel de développement du réseau sociosanitaire.

En conformité avec la demande du MSSS, une démarche a été entreprise avec l'ensemble des établissements de la région au début de l'hiver pour identifier les pistes d'optimisation à exploiter sur une base régionale, sur une base de pôles de services est et ouest et sur une base locale, pour chacun des établissements. Dans cette même foulée et dans le but de faire face aux défis des prochaines années, le volet optimisation s'est greffé, durant cette période, à la Direction des immobilisations et des services préhospitaliers d'urgence.

CHAPITRE II

LES SERVICES À LA POPULATION

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ POUR L'ANNÉE 2010-2011

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les agences de santé et de services sociaux afin de répondre aux objectifs de gestion par résultat et de reddition de comptes prescrits par la Loi sur l'administration publique.

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et l'Agence vient soutenir cette dernière dans l'exercice de son rôle principal qui consiste à assurer l'accès et la qualité des services de santé et des services sociaux à toute la population nord-côtière. L'entente permet également d'améliorer l'offre de service à la population par une utilisation optimale des ressources mises à la disposition de la région de la Côte-Nord.

Pour l'année 2010-2011, le ministre a établi le niveau de la dépense autorisée à 291 996 477 $ pour la région, incluant une cible maximale de déficit fixée à 851 998 $ et une somme de 946 341 $ pour couvrir la hausse des frais de médicaments, les fournitures médicales et chirurgicales ainsi que l'impact de l'augmentation des clientèles.

L'entente de gestion 2010-2011 en est une de transition puisqu'elle se situe au carrefour des plans stratégiques du MSSS 2005-2010 et 2010-2015. D'ailleurs, les travaux sont en cours afin de convenir de l'entente 2011-2012 entre le MSSS et l'Agence.

Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité ont été définies en tenant compte des objectifs ministériels et de leur traduction aux plans régional et local, des budgets régionaux, de projets d'optimisation ainsi que des réalités nord-côtières dans l'organisation des services. Les ententes comprennent également des engagements concernant des spécificités régionales ou locales, selon le cas.

SUIVI DE GESTION ET REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes exigée par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité implique un suivi d'indicateurs qui témoignent, à terme, de l'atteinte ou non des objectifs. Les résultats obtenus pour chacun des objectifs de l'entente de gestion régionale se retrouvent aux pages suivantes pour chacun des programmes.

Pour l'année 2010-2011, les résultats obtenus dépassent en moyenne les objectifs fixés dans l'entente de gestion ou, encore, toutes les personnes connues sont desservies. Dans ce cas, on ne relève aucune liste d'attente.

Voici les grands constats régionaux :

- En santé publique, tous les établissements ont atteint le ratio requis quant à la présence d'infirmières dédiées à la prévention des infections. Les services intégrés en périnatalité sont dispensés à davantage de femmes, et des travaux sont en cours afin d'optimiser ce service pour le mieux-être des familles. L'approche « École en santé » est déployée de façon encore plus intense en Côte-Nord. Au chapitre de la protection, des améliorations sont aussi à souligner quant au respect des délais recommandés pour l'administration de vaccins.
- Les indicateurs se rapportant au programme des personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement sont positifs. Le nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS et le nombre moyen d'interventions en soutien à domicile par les CSSS en déficience physique sont tous deux en amélioration.
- En protection de la jeunesse, le délai moyen d'attente à l'évaluation s'est considérablement détérioré et nécessite la mise en place de mesures appropriées afin d'améliorer la situation. Le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) est en amélioration et avoisine maintenant la cible régionale.
- Les résultats sont plutôt positifs en santé mentale, sauf pour le nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou troisième ligne est supérieur à 60 jours. On note cependant une amélioration à cet égard en 2010-2011 par rapport à l'année précédente.
- Les indicateurs en santé physique sont généralement positifs. Le nombre de chirurgies de la hanche, du genou, de la cataracte et de chirurgies d'un jour est en hausse. Il s'agit d'une croissance globale de près de 1 000 chirurgies par rapport à l'année 2009-2010. Le séjour moyen sur civière demeure une préoccupation de la région à des fins d'amélioration.
- En ressources humaines, le recours à l'assurance salaire est de nouveau en hausse après une amélioration constatée au cours de l'année précédente. Le recours au temps supplémentaire demeure stable. Il reste encore beaucoup à faire en ce qui concerne l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante. Ce dernier aspect doit demeurer une priorité à traiter avec rigueur en 2011-2012.

Les engagements reliés aux spécificités régionales ou locales ont été atteints dans la grande majorité des cas ou, encore, font l'objet de travaux qui se poursuivent en 2011-2012.

ATTENTES DU MSSS

REDDITION DE COMPTES		
Indicateur	**Réalisé**	**Non réalisé**
Dépôt, au Ministère, des ententes de gestion Agence-établissements 2010-2011	X	

Indicateur	Réalisé	Non réalisé
Dépôt des mesures pour réduire de 10 % les dépenses de nature administrative	X	
Commentaires		
Un plan a été produit en ce sens.		

Indicateur	Réalisé	Non réalisé
Dépôt du plan stratégique régional	X	
Commentaires		
Le plan a été déposé au conseil d'administration de l'Agence et adopté le 29 mars 2011.		

Indicateur	Réalisé	Non réalisé
Plan d'action 2011-2012 de l'Agence	X	
Commentaires		
Le plan a été déposé au Ministère le 7 avril 2011.		

Indicateur	Réalisé	Non réalisé
Dépôt de projets d'optimisation sur les services de soutien à domicile (SAD)		X
Commentaires		
Un plan d'action sur l'optimisation du service de SAD doit être déposé à l'automne 2011.		

Objectif	Pandémie
Sujet	**Résultat 2010-2011**
Achat de la réserve	Bonne adhésion régionale
Commentaires	
Les résultats sont supérieurs à ceux attendus. Il reste quelques rappels et suivis à effectuer afin d'assurer une adhésion maximale.	

SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES

REDDITION DE COMPTES	
Sujet	**Résultat 2010-2011**
Retour à l'équilibre budgétaire pour le CSSS de la Haute-Côte-Nord	Réalisé
Organisation des services par pôle	En cours
Optimisation des services administratifs par pôle	
Département régional de psychiatrie	À venir
Projets d'optimisation régionaux ▲ Transport ▲ Achats en commun ▲ Gestion de la présence au travail	En cours
Actualisation de la DRRI	Réalisé
Optimisation des services de santé publique par pôle	Réalisé
Consolidation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	Réalisé
Implantation de programmes de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Réalisé
Mise en place des comités de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Réalisé

Commentaires

Organisation et optimisation des services par pôle
Le CGR - Côte-Nord poursuit le suivi des travaux d'optimisation qui ont cours dans les pôles est et ouest de la région. Dans chacun des pôles, un plan d'action a été produit et un directeur général répondant de chacun des projets a été désigné.

Département régional de psychiatrie
Ce dossier n'a pas été traité en cours d'année. Le comité mis en place dans la région sur les services spécialisés en santé mentale s'est donné la priorité de susciter le développement d'une ressource intermédiaire spécialisée en santé mentale. Ce projet a progressé de façon importante.

Projets d'optimisation régionaux
Les projets d'optimisation régionaux se poursuivent. Celui du transport et celui des achats en commun ont fait l'objet de travaux plus intensifs. Des démarches de normalisation ainsi que le déploiement régional d'une gestion des ressources matérielles sont en cours. En plus, une structure a été établie pour la régionalisation des achats en immobilisations et équipements. Ces processus se déroulent en continu. La Corporation des achats a élargi la portée de son programme d'achats en commun. L'évolution de la croissance des coûts de transport est freinée. Déjà, plusieurs mesures ont été mises en place et des retombées positives ont été identifiées. Le projet de la gestion de la présence au travail est en cours de planification dans chacun des deux pôles.

Actualisation de la DRRI
L'actualisation de la DRRI est en cours. La planification est terminée et la réalisation de l'ensemble des étapes du plan est prévue pour l'exercice 2011-2012.

Optimisation des services de santé publique par pôle

Santé au travail
Le processus de fusion des équipes locales et régionale a été approuvé par le conseil d'administration de l'Agence à l'automne 2010. Cette optimisation a déjà permis de créer un poste d'ergonome en éliminant un poste de gestionnaire. Un deuxième poste (adjoint administratif) devrait être éliminé par attrition. L'ensemble de la démarche aura permis de créer deux postes de professionnels d'ici la fin 2011.

Santé voyage
L'analyse de la problématique entourant l'organisation et la dispensation des services santé voyage s'est terminée au printemps 2011. La particularité régionale se retrouve dans l'incapacité d'offrir une accessibilité équitable et une continuité à ce service non assuré, mais reconnu comme indispensable pour la protection de la santé publique.

École en santé
Une réorganisation des services permettra de compter sur une ressource à temps complet dans le secteur est (cinq CSSS, trois commissions scolaires) et une ressource à temps complet dans le secteur ouest (deux CSSS, une commission scolaire, coordination régionale).

Ces trois projets d'optimisation en santé publique sont axés sur le maintien et la consolidation de services de qualité bénéficiant d'une accessibilité équitable pour l'ensemble de la population de la Côte-Nord. L'écart important entre les ressources disponibles devra être en partie comblé par cet exercice qui tout en accroissant l'efficience ciblera les services qui requièrent un développement.

LES SERVICES GÉNÉRAUX

LIGNE INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL

INFO-SANTÉ

Le service Info-Santé permet de joindre un professionnel de la santé en cas de problème non urgent en composant le 811. Ce service de consultation professionnelle téléphonique, accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, constitue une composante majeure de l'organisation des services de première ligne. Il permet de répondre à certaines questions courantes de santé ou de diriger la personne vers la bonne ressource dans le réseau. Il s'inscrit en complémentarité aux services des CSSS et des GMF qui assurent, pour leur part, la prise en charge du patient au-delà d'un problème ponctuel.

En 2010-2011, les infirmières du service Info-Santé ont reçu 46 802 appels, par rapport à 53 941 pour l'année antérieure. Dans le contexte de la pandémie de grippe A(H1N1), en 2009, une augmentation significative des appels avait été notée, ce qui peut expliquer cette diminution.

INFO-SOCIAL

Le nombre d'appels au service Info-Social est en progression depuis 2007. Il est passé de 550 appels en 2006-2007 à 1 374 appels en 2009-2010. À la période 12 de l'année 2010-2011, 1 279 appels ont été reçus.

L'Agence et les établissements sont à évaluer actuellement les différents scénarios possibles afin d'optimiser le service Info-Social et atteindre l'équilibre budgétaire. La démarche est réalisée de concert avec le comité de suivi pour l'implantation du modèle régional en situation de crise. Depuis l'automne 2010, le projet pilote d'AEOR (accueil, exploration, orientation et référence) régionalisé est en cours d'implantation impliquant l'ensemble des CSSS du territoire.

SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

REDDITION DE COMPTES				
Objectif	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.			
Indicateur		**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.2.2	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2 260 usagers	1 912 usagers	2 005 usagers
1.2.3	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	3,81 interventions/ usager	4,58 interventions/ usager	3,90 interventions/ usager

Commentaires

Les résultats suggèrent que, pour le nombre de personnes desservies aux services psychosociaux, la cible de 1 912 usagers a été atteinte. Les résultats démontrent une augmentation de la prestation de services en termes de pénétration (2 005 usagers), ce qui peut interférer sur l'intensité offerte. En ce qui a trait à l'intensité des services offerts, les résultats révèlent que la cible régionale ne sera pas atteinte (3,90 vs 4,58). Il importe de préciser qu'elle rencontre les objectifs du seuil de services fixé à 3,86 par le MSSS.

Certains CSSS ont relaté des difficultés de remplacement d'intervenants psychosociaux pour expliquer cet écart. De plus, une liste d'attente est présente dans la majorité des établissements qui en assument la gestion.

EFFECTIFS MÉDICAUX

Le PREM autorise 135 médecins de famille et 88 médecins spécialistes au sein de l'ensemble des établissements du territoire nord-côtier.

Au 1er avril 2011, 104 médecins de famille et 53 médecins spécialistes étaient en fonction dans les établissements de santé de la région. Comparativement à l'année précédente, on note un ajout net de quatre médecins de famille et de deux spécialistes.

Au cours de la dernière année, la pénurie de médecins a obligé plusieurs établissements de la région à recourir au mécanisme de dépannage afin d'assurer l'accessibilité aux services médicaux de base. Certains établissements ont parfois été contraints de mettre en place un plan de contingence, puisque leur niveau de service ne pouvait être maintenu.

Tableau 10 - Évolution des effectifs médicaux

Établissement	Médecine familiale				Médecine spécialisée			
	Effectifs autorisés	Médecins en poste au 1er avril			Effectifs autorisés	Médecins en poste au 1er avril		
	Plan 2010	2009	2010	2011	Plan 2010	2009	2010	2011
CSSS de la Haute-Côte-Nord								
▲ Pavillon Les Escoumins	11	8	8	8				
▲ Pavillon Forestville	9	4	4	5				
CSSS de Manicouagan								
▲ Volet hospitalier	35	25	25	26	40	17	17	19
▲ Volet CLSC	3	1	1	2				
CSSS de Port-Cartier	11	6	5	6				
CSSS de Sept-Îles								
▲ Volet hospitalier	32	19	23	22	44	36	34	34
▲ Volet CLSC	2	1	1	1				
CSSS de la Minganie	12	9	9	12				
CSSS de la Basse-Côte-Nord	10	11	12	10				
CSSS de l'Hématite	7	7	8	8				
CLSC Naskapi	3	4	4	4				
TOTAL	**135**	**95***	**100***	**104**	**88****	**53**	**51**	**53**

* De ce nombre, certains médecins sont à demi-temps, mais doivent être comptabilisés comme un effectif.

** Ce chiffre inclut quatre spécialités dont la répartition demeure à établir, soit la gastro-entérologie, la gériatrie, la néphrologie et la rhumatologie.

Au CSSS de Manicouagan, la situation s'est légèrement améliorée en médecine familiale avec un pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs à 74 %. En médecine spécialisée, la situation demeure difficile, mais elle s'est légèrement améliorée avec un plan d'effectifs médicaux atteint à 54 %.

Au CSSS de Sept-Îles, la situation s'est légèrement détériorée en médecine familiale alors que le plan d'effectifs est atteint à 68 %. En médecine spécialisée, la situation est stable avec un plan d'effectifs médicaux atteint à 77 %.

Le recrutement médical demeure une préoccupation constante et les établissements nord-côtiers multiplient les démarches en ce sens.

SERVICES OFFERTS EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE ET D'AGRESSION SEXUELLE

En vue d'assurer la continuité des activités jugées prioritaires au Plan d'action régional de l'Agence, en matière de violence conjugale et de violence dans les relations amoureuses, les résultats d'une étude spécifique à la région intitulée « Violence conjugale dans la région de la Côte-Nord, ampleur du problème, facteurs explicatifs et pistes d'intervention », sont attendus en 2011-2012.

Cette étude est réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), dans une perspective de concertation et de partenariat, à la demande de différents organismes œuvrant auprès des femmes, de l'Agence et de la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord.

L'objectif poursuivi est d'adapter l'offre de service, les axes de prévention, de sensibilisation et d'intervention aux réalités de la région, tout en favorisant une meilleure connaissance de l'ampleur de la violence conjugale et des facteurs sur lesquels il est possible d'agir afin de contrer plus efficacement le phénomène.

De plus, l'Agence poursuit, de concert avec les CSSS et leurs partenaires, la démarche d'implantation et de reconnaissance des centres désignés destinés aux victimes d'agression sexuelle, selon un modèle et des protocoles d'intervention adaptés à la région.

LA SANTÉ PHYSIQUE

SERVICES D'URGENCE

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : ▲ Séjour moyen sur civière à l'urgence de douze heures et moins; ▲ 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.9.1 Séjour moyen sur civière	14,2 heures	11 heures	16,7 heures
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	22,8 heures	11 heures	22,95 heures
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	5,6 %	0 %	7,39 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,5 %	0 %	13,73 %
Commentaires			
La situation est extrêmement difficile dans les deux CSSS régionaux. La pénurie de ressources humaines et le manque de ressources en hébergement, tant pour les personnes âgées que les personnes ayant un problème de santé mentale, demeurent une préoccupation majeure. La mise en place d'un comité régional pour le désengorgement des salles d'urgence permettra de mieux cibler les actions à mettre en place de façon prioritaire.			

LUTTE AU CANCER

En 2010-2011, le comité régional de la lutte contre le cancer s'est réuni à cinq reprises. Ce comité multidisciplinaire, formé en 2004, regroupe des représentants de chacun des réseaux locaux de santé et de services sociaux du territoire nord-côtier. Plus spécifiquement, son mandat est de :

- Mettre à jour le Programme régional de la lutte contre le cancer à partir des orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) et des orientations prioritaires de la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS;
- Proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services qui existent et de combler les lacunes;
- Assurer et reconnaître la disponibilité de l'expertise selon les critères établis;
- Proposer des modalités pour une utilisation rationnelle des ressources du réseau et des bénévoles;
- Évaluer les besoins de formation;
- S'assurer de l'intégration des services afin de répondre aux besoins de la population et des individus;
- Proposer des mesures de résultats;
- Recommander des moyens de diffusion du programme régional auprès de la population.

Les principaux sujets abordés en 2010-2011 ont été :

- La révision du Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007 et l'élaboration d'un programme régional conforme aux orientations prioritaires 2008-2012 de la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS;
- L'interdisciplinarité : La phase III de la formation a eu lieu en mai pour les réseaux locaux de santé et de services sociaux de Manicouagan et de Sept-Îles;
- Le déploiement de la phase I du registre québécois du cancer a eu lieu au printemps 2011;
- Le dossier de la formalisation de corridors de services en radio-oncologie avec le CSSS de Rimouski-Neigette;
- La révision du mandat du comité régional de lutte contre le cancer pour le scinder en deux sous-comités distincts.

PROGRAMME QUÉBECOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le PQDCS est un programme de prévention qui s'adresse aux Québécoises âgées de 50 à 69 ans. Chaque femme reçoit une lettre d'invitation pour passer une mammographie de dépistage à tous les deux ans. Cette lettre, signée par un médecin, sert d'ordonnance médicale à la femme et l'invite à contacter un centre de dépistage désigné (CDD) de sa région pour fixer un rendez-vous. Lorsque le résultat de la mammographie est normal, une lettre l'avisant lui est envoyée dans les plus brefs délais, le rapport étant acheminé au médecin traitant. S'il y a une anomalie, le médecin traitant est rapidement avisé et ce dernier communique avec sa patiente pour prescrire des examens complémentaires dans les jours qui suivent. Dans chaque CDD, toutes les données sont inscrites au système d'information provincial (SI-PQDCS).

La coordination administrative du PQDCS est assurée par l'Agence.

Sur la Côte-Nord, trois établissements sont désignés comme des CDD, soit les CSSS de Manicouagan, de Sept-Îles et de la Minganie. Les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles sont des centres de référence pour investigation désignés (CRID). Un service d'unité portative (SOPHIE), opérée par l'Institut national de santé

publique du Québec (INSPQ), dessert la clientèle de la Basse-Côte-Nord et de Schefferville. La région de Fermont est desservie par l'unité mobile CLARA.

La numérisation des appareils de mammographie installés dans les centres de dépistage régionaux, de même que ceux sous la responsabilité de l'INSPQ, a été réalisée au cours de la dernière année.

SOINS PALLIATIFS

Un sous-comité régional en soins palliatifs a été formé. Son mandat est de mettre en commun l'énergie et l'expertise des membres afin d'organiser une journée de formation régionale en soins palliatifs à l'automne 2011.

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	315 usagers	271 usagers	346 usagers
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	15,11 interventions/ usager	16 interventions/ usager	15,8 interventions/ usager
Commentaires			
Les cibles sont atteintes.			

CHIRURGIE

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.9.20.1 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	81 %	90 %	68 %
1.9.20.2 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	63,2 %	90 %	58,1 %
1.9.20.3 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98,3 %	90 %	99,6 %
1.9.20.4 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	84,2 %	90 %	88,1 %
1.9.20.5 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	95,4 %	90 %	93,9 %

Commentaires

La pénurie de médecins spécialistes dans la région de la Côte-Nord, pour plusieurs spécialités dont, entre autres, la chirurgie orthopédique, la chirurgie générale et l'anesthésiologie, a freiné l'atteinte des cibles d'accès fixées au début de l'année financière.

Les établissements ont fait des efforts importants pour offrir une couverture complète des listes de garde et, dans ce contexte, les services de base ont pu être assurés.

Des travaux d'épuration des listes d'attente ont été effectués au sein de chaque établissement dans plusieurs spécialités et l'accès aux services médicaux spécialisés constitue une préoccupation des dirigeants des établissements, qui visent une amélioration au cours des prochains exercices financiers.

Les démarches de recrutement en spécialité ont également été intensifiées au sein de tous les milieux afin d'améliorer la situation.

REDDITION DE COMPTES

Objectif Assurer l'accès aux services dans des délais acceptables.

Indicateur	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.9.32.1 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0 demande	0
1.9.32.2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale du genou	0	0 demande	0
1.9.32.3 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte	0	0 demande	0
1.9.32.4 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour	84	0 demande	79
1.9.32.5 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation	4	0 demande	3

Commentaires

La majorité des cibles a été atteinte, mais, pour les chirurgies d'un jour et celles avec hospitalisation, la pénurie de médecins spécialistes en chirurgie générale et en anesthésiologie explique la difficulté à atteindre la cible. Il faut noter que les demandes en attente depuis plus d'un an ont trait à des chirurgies locales moins urgentes.

Les travaux d'épuration des listes d'attente ont permis aux établissements d'éliminer plusieurs demandes qui étaient en attente depuis plusieurs mois et dont les consultations ont été réalisées ailleurs ou n'étaient plus requises, et les demandes toujours en attente sont insérées dans les plages horaires qui se libèrent. Les démarches de recrutement en spécialité qui ont été intensifiées au cours de l'année devraient permettre d'améliorer la situation au cours des prochains exercices financiers.

REDDITION DE COMPTES

Objectif Accès aux services spécialisés et gestion de la liste d'attente en chirurgie.

Sujet	Résultat 2010-2011
Accès aux services spécialisés et gestion de la liste d'attente en chirurgie	Voir commentaires

Commentaires

L'accès aux services médicaux spécialisés est tributaire de la présence de médecins spécialistes au sein des établissements de la région, et la Côte-Nord vit, depuis plusieurs années, avec une pénurie importante de médecins dans plusieurs spécialités.

Les démarches de recrutement médical ont été intensifiées dans chaque milieu et plusieurs nouveaux médecins devraient venir s'installer dans la région au cours des deux prochaines années, puisque plusieurs contrats de bourse de formation spécialisée ont été signés en 2010, de même que plusieurs parrainages de médecins étrangers.

Les listes d'attente en chirurgie sont suivies de près par les établissements, soit deux fois par mois, et des travaux d'épuration des listes d'attente sont effectués régulièrement afin d'améliorer l'accès aux services à la population.

Des comités d'accès ont été formés au sein des établissements et les processus sont évalués afin d'envisager les secteurs où des améliorations peuvent être apportées.

ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

REDDITION DE COMPTES	
Objectif	Améliorer l'accès aux services spécialisés.

Sujet	Résultat 2010-2011
La zone franche	En cours
Un système de priorisation	En amélioration
Un guichet unique	En deux pôles

Commentaires

Zone franche
Des discussions sont en cours entre les CSSS de Sept-Îles et de Manicouagan quant à la mise en place de la zone franche.

Système de priorisation
La meilleure gestion des listes d'attente et la volonté des établissements de répondre aux attentes ministérielles ont mené au développement de nouvelles façons de faire afin d'intégrer, dans les listes de consultations et de chirurgies, les clientèles dont l'attente justifiait une priorisation.

Guichet unique
La Côte-Nord compte deux établissements de soins généraux et spécialisés qui sont distancés l'un de l'autre par 240 kilomètres de route. La région a ainsi deux pôles de services spécialisés qui possèdent chacun leur guichet unique pour la gestion de l'accès, puisque tous les services médicaux spécialisés de la région sont dispensés en établissement; il n'y a aucune clinique privée sur le territoire.

La politique de subvention pour le déplacement des usagers permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport et s'ajoute maintenant un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Ces coûts sont remboursés par les établissements de santé de la région.

Le volume et les coûts de déplacements liés à cette politique sont présentés aux tableaux 11 et 12.

Tableau 11 - Répartition du volume et des coûts de déplacement des usagers des établissements de santé et des services sociaux de la Côte-Nord - Exercice 2010-2011

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	401 741	983	61 073	370	1 250	2	195 821	2 756			659 885	4 111
CSSS de Manicouagan	420 506	590	151 332	1 041	556 605	620	896 676	11 916			2 025 119	14 167
CSSS de Port-Cartier	160 972	556	36 738	236	16 885	19	109 372	1 024			323 967	1 835
CSSS de Sept-Îles	587 527	581	99 831	705	149 041	161	338 326	3 135			1 174 725	4 582
CSSS de la Minganie	261 608	353	62 966	121	23 774	28	397 301	1 980	48 090	85	793 739	2 567
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 006 794	423	12 863	53	30 000	48	3 298 660	5 584			4 348 317	6 108
CSSS de l'Hématite	145 220	185			24 011	68	959 451	2 630			1 128 682	2 883
CLSC Naskapi									1 076 379	1 197	1 076 379	1 197
CPRCN	1 964	3									1 964	3
TOTAL	2 986 332	3 674	424 803	2 526	801 566	946	6 195 607	29 025	1 124 469	1 282	11 532 777	37 453

Tableau 12 - Répartition du volume et des coûts de déplacement des usagers des établissements de santé et des services sociaux de la Côte-Nord - Exercice 2009-2010

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	356 891	797	72 223	373	9 103	2	210 731	3 091			648 948	4 263
CSSS de Manicouagan	479 476	922	144 038	983	428 898	503	903 733	11 942			1 956 145	14 350
CSSS de Port-Cartier	138 418	470	29 674	190	11 668	16	94 597	893			274 357	1 569
CSSS de Sept-Îles	526 931	551	87 135	660	135 500	152	333 322	3 236			1 082 888	4 599
CSSS de la Minganie	258 289	312	54 687	115	13 979	19	339 725	1 777	27 515	41	694 195	2 264
CSSS de la Basse-Côte-Nord	929 541	417	12 633	28	38 125	61	3 237 796	5 678			4 218 095	6 184
CSSS de l'Hématite	170 721	173			10 506	30	1 114 978	2 856			1 296 205	3 059
CLSC Naskapi									983 429	1 046	983 429	1 046
CPRCN	413	13									413	13
TOTAL	2 860 680	3 655	400 390	2 349	647 779	783	6 234 882	29 473	1 010 944	1 087	11 154 675	37 347

À la suite de la réception des changements et nouveautés de la nouvelle politique de déplacement des usagers du MSSS, l'Agence a diffusé et soutenu les établissements dans son application. Cette circulaire apportait des nouveautés, telles que :

- L'admissibilité selon certains critères au déplacement des autochtones de 65 ans et plus;
- Les modalités spécifiques pour certains territoires éloignés ou isolés;
- Le remboursement pour le déplacement des donneurs d'organe;
- Pour les patients en radio-oncologie, la disparition du déductible de 250 km pour ceux qui sont admissibles en raison de la fréquence de leur déplacement.

Cette circulaire a permis de définir certains principes directeurs et les responsabilités et obligations des différents intervenants du réseau.

La venue de cette nouvelle circulaire incitera l'Agence en 2011-2012 à réviser la politique régionale de déplacement des usagers. À cette fin, les établissements seront consultés afin de bien répondre aux particularités régionales et de viser une application uniforme dans le réseau de la Côte-Nord.

GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE

Les quatre GMF implantés dans la région regroupent 33 956 clients, dont 35 % d'entre eux sont inscrits en tant que clientèle vulnérable (personnes souffrant de maladies chroniques telles que le cancer, le diabète, les maladies respiratoires sévères, l'insuffisance cardiaque).

L'implantation d'un GMF en Haute-Côte-Nord est en cours.

Tableau 13 - Groupes de médecine familiale sur la Côte-Nord

Ville	Nom	Nombre de médecins partenaires	Nombre d'inscriptions au 31 mars 2011 (ratio de clientèles vulnérables)
Havre-Saint-Pierre	GMF de la Minganie	12	4 751 (29 %)
Sept-Îles	GMF Vents et Marées	18	13 171 (36 %)
Port-Cartier	GMF Horizon Santé*	6	4 196 (38 %)
Baie-Comeau	GMF de la Polyclinique Boréale*	14	11 838 (39 %)
TOTAL CÔTE-NORD			**33 956 (35 %)**

* Certains GMF se sont associés en ajoutant des sites affiliés. Le GMF Horizon Santé de Port-Cartier a maintenant le CSSS de Port-Cartier comme site affilié. Pour ce qui est du GMF de la Polyclinique Boréale de Baie-Comeau, deux sites sont affiliés, soit le Centre de médecine familiale et le Centre de santé de Pessamit.

La population de la Côte-Nord étant de 94 922 personnes, nous constatons que 35,8 % de celle-ci bénéficie des services d'un GMF.

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

L'Agence joue un rôle de coordination avec ses partenaires du milieu, soit les établissements, les entreprises ambulancières et les usagers, dans le cadre de la gestion des services préhospitaliers d'urgence.

L'an dernier, plusieurs projets ont été initiés au plan provincial et verront le jour en 2011-2012, que ce soit le Registre national de la main-d'œuvre, le contrat de services avec les entreprises ambulancières, le renouvellement des moniteurs défibrillateurs, etc.

Au printemps 2010, dans la zone de Sept-Îles, le MSSS a accepté de transformer des horaires de faction en quarts de travail rémunérés à l'heure. Ces changements ont amélioré les services à la population. Un déploiement dynamique des véhicules a été planifié en tenant compte des points d'attente prioritaires selon la densité de la population et le pourcentage d'appels prioritaires. Cette logistique a été orchestrée par le centre de communication (Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec - CAUREQ) et a permis d'améliorer la couverture de la zone de Port-Cartier. L'implantation, effectuée en mai 2010, a nécessité un investissement de 471 530 $.

En janvier 2011, le rapport d'évaluation du projet pilote mis en place à Baie-Comeau a été présenté au ministre et aux intervenants du milieu. L'objectif de ce projet visait principalement l'amélioration du temps de réponse des interventions ambulancières et la qualité de vie des techniciens ambulanciers par une transformation de leurs horaires de travail. Cette réorganisation permet d'instaurer un meilleur déploiement des véhicules en définissant les zones prioritaires, soit dans les secteurs est et ouest de Baie-Comeau et la municipalité de Ragueneau. Le délai de mise en route des ambulances est ainsi passé de 4,1 minutes à 0,89 minute pour les appels de priorité 1. Selon le rapport remis au ministre, la présence ambulancière sur le terrain entraîne une augmentation du sentiment de sécurité dans la population.

FORMATION ET ASSURANCE-QUALITÉ

L'Agence a accueilli et intégré, sur le territoire, 23 nouveaux techniciens ambulanciers au cours de l'année et offert 110 formations. Afin d'assurer la qualité des soins, l'Agence effectue la révision de certaines interventions comportant des actes médicaux ou autres. Les techniciens ambulanciers peuvent ainsi améliorer leurs techniques de travail et mieux cibler les soins à donner en fonction des difficultés rencontrées sur le terrain. Sur un total de 9 001 transports effectués, 742 cas d'interventions ont été analysés, soit environ 8 %.

Tableau 14 - Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord

Compagnie ambulancière	2010-2011	2009-2010
Ambulance Sacré-Cœur (Zone 900 - Sacré-Cœur)	202	193
Ambulances Côte-Nord (Zone 901 - Les Escoumins)	524	505
Ambulances Côte-Nord (Zone 902 - Forestville)	602	639
Ambulances Côte-Nord (Zone 903 - Baie-Comeau)	2 758	2 731
Ambulance Manic (Zone 904 - Manic-5)	26	15
Ambulance Baie-Trinité (Zone 905 - Baie-Trinité)	135	120
Ambulance Sept-Îles (Zone 906 - Port-Cartier)	701	679
Ambulance Sept-Îles (Zone 907 - Sept-Îles)	2 946	2 618
Ambulance Boudreau (Zone 909 - Minganie)	624	487
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la BCN (Zone 912 - Blanc-Sablon)	213	240
Ville de Fermont (Zone 914 - Fermont)	155	113
Services ambulanciers Porlier (Zone 915 - Schefferville)	115	144
TOTAL	**9 001**	**8 484**

DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un dossier de santé électronique qui permettra principalement aux médecins, infirmières et pharmaciens de consulter et de transmettre, de façon simple et rapide, des informations pertinentes concernant l'état de santé de leurs patients. Il contiendra des informations de base et complétera, sans les remplacer, les dossiers conservés dans les établissements de santé, les cliniques médicales et les pharmacies. Les principales composantes cliniques du DSQ ont trait à la télésanté, à l'imagerie diagnostique, au médicament et aux activités de laboratoire.

En 2007, les décideurs de la région se sont formellement engagés à déployer le DSQ dans la région lorsqu'il sera disponible. L'alimentation du DSQ pour la région se fera par les systèmes sources des établissements, de la RAMQ ainsi que du RUIS de l'Université Laval pour l'imagerie diagnostique.

À ce jour, l'ensemble de l'imagerie médicale de la Côte-Nord, incluant la mammographie, est déployé et ses images sont transférées automatiquement au RUIS de l'Université Laval, prêt à alimenter le DSQ.

L'alimentation des résultats des examens de laboratoire pose toujours un défi important de par la complexité et l'utilisation courante de tests et d'appellations non normalisés. Des tests sont toujours en cours dans la région pilote de la Capitale-Nationale.

De plus, afin d'identifier correctement le bon patient, un index patient maître (IPM) doit être mis en place dans la région. Cette technologie permettra d'identifier de façon unique un usager quel que soit l'endroit où il se présente dans la région pour recevoir des soins. À terme, les données d'identification d'un usager contenues dans différents dossiers répartis dans plusieurs établissements du réseau seront jumelées avec celles du registre des usagers de la RAMQ.

GUICHET D'ACCÈS POUR LA CLIENTÈLE SANS OMNIPRATICIEN

Quatre CSSS de la région ont mis en place un guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien. Dans chaque établissement, un coordonnateur médical est nommé par le DRMG. Actuellement, les guichets d'accès de Port-Cartier, de Sept-Îles, de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord sont fonctionnels. Pour faciliter l'identification, la priorisation et l'orientation de la clientèle à la recherche d'un médecin de famille, une application informatique a été développée, soit le système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien (SIGACO). Cet actif informationnel est disponible dans les quatre guichets d'accès de la région.

Les CSSS de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite n'ont pas à mettre sur pied proprement dit un tel guichet, puisque leur organisation permet à la population d'avoir accès à des services médicaux et à une prise en charge adéquate lorsque requis.

ORGANISATION DES SERVICES DE NÉPHROLOGIE ET DE SUPPLÉANCE RÉNALE

Depuis février 2010, les services de suppléance rénale par des traitements d'hémodialyse sont disponibles pour le secteur est de la Côte-Nord.

Deux patients reçoivent leurs traitements d'hémodialyse au CSSS de Sept-Îles. Un troisième est en attente pour y recevoir ses traitements. La confirmation d'un budget additionnel est attendue afin de doubler la capacité d'accueil au CSSS de Sept-Îles et de pouvoir y traiter quatre patients.

DOULEUR CHRONIQUE

Depuis 2008, un consortium formé du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) et du regroupement du Centre hospitalier affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus est en place afin de développer un centre d'expertise en douleur chronique pour les établissements partenaires du RUIS de l'Université Laval.

Docteure Yveline Romain, du CSSS de Sept-Îles, agit à titre de représentante régionale au sein de la Table interrégionale de ce consortium.

Un comité régional formé de représentants de certains établissements nord-côtiers permet de collaborer à la mise en place des recommandations du consortium.

En début d'année 2011, deux rencontres du comité ont eu lieu et l'élaboration d'une offre de service régionale concertée et complémentaire est en cours.

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

ACCÈS AUX SERVICES

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Assurer l'accès aux services dans des délais acceptables.		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
4.1.1 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée		< 3	2,4
4.1.2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée		< 3	0,1
4.1.3 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée		< 3	0,1
4.1.4 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée		< 3	0
4.1.5 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale		< 3	3,4
4.1.6 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale		< 3	1,6
4.1.7 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée		< 3	0,4
4.1.8 Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus		< 5 %	4,7
Commentaires			
Il n'y a pas de résultat inscrit en 2009-2010, puisqu'il s'agit d'un nouvel indicateur. Les cibles sont atteintes.			

REDDITION DE COMPTES	
Objectif	Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) en perte d'autonomie liée au vieillissement dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère.

Sujet	Résultat 2010-2011
Implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) en perte d'autonomie liée au vieillissement	48,08 %
Commentaires	
L'implantation du RSIPA évolue. Les résultats sont inégaux entre les établissements. Le bilan aide les établissements à prendre connaissance des éléments à améliorer. Des formations récentes en gestion de cas et pour les formateurs « Outil évaluation multiclientèle (OEMC) » devraient outiller la région à améliorer ses résultats pour l'exercice 2011-2012.	

REDDITION DE COMPTES	
Objectif	Implanter les composantes au réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Sujet	Résultat 2010-2011
Approche adaptée - quatre préalables	Implanté à > 75 %
Commentaires	
La majorité des établissements ont implanté tous les préalables, sauf le programme de marche. Ils détiennent maintenant toute l'information nécessaire à l'implantation de ce dernier préalable. Nous prévoyons que celui-ci sera réalisé dans l'ensemble des établissements durant l'exercice 2011-2012.	

FAITS SAILLANTS

INFORMATISATION DU RSIPA

Tous les établissements ont terminé la phase d'informatisation du RSIPA. Cette phase a permis principalement d'informatiser le questionnaire de l'évaluation de l'autonomie, le document de repérage des personnes en perte d'autonomie et d'assurer le suivi lors des évaluations subséquentes. Pour l'ensemble des établissements, plusieurs intervenants ont été formés pour évaluer les besoins des personnes âgées et consulter les interventions réalisées dans le dossier de l'usager.

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

En mai 2010, le MSSS a élaboré des lignes directrices pour que les centres hospitaliers adaptent leur offre de service aux personnes âgées vulnérables de 75 ans et plus. Il a été démontré qu'il s'ensuit une perte d'autonomie physique et cognitive lorsque des personnes âgées couchées à l'urgence ou hospitalisées restent immobiles une journée ou plus. À la demande du MSSS, les établissements ont élaboré des mécanismes de repérage et de suivi des personnes âgées en perte d'autonomie dans le but de leur offrir des services le plus rapidement possible. De plus, les établissements sont à développer un programme de marche à l'urgence et sur les unités de médecine. Enfin, un intervenant dédié à cette clientèle est à l'urgence pour préparer un plan d'intervention en vue de favoriser un retour à domicile le plus rapidement possible.

AMÉLIORATION DE L'ALIMENTATION EN CHSLD

L'ASSS a accordé des crédits de développement annuel de 55 602 $, pour une période de trois ans, afin que les établissements présentent des projets pour améliorer l'alimentation en CHSLD. En 2010-2011, l'Agence et les établissements ont convenu de présenter un projet régional. Cela a permis d'offrir de la formation sur la problématique de la dysphagie et sur des moyens pour améliorer les moments de repas à une partie des intervenants impliqués dans l'acte alimentaire. L'embauche d'une nutritionniste a mené à l'élaboration d'outils, tels que : test de dépistage de la malnutrition, protocole pour contrer la dénutrition, protocole d'hydratation et outil d'évaluation de l'acte alimentaire.

VISITES D'APPRÉCIATION EN CHSLD ET EN RESSOURCES D'HÉBERGEMENT NON INSTITUTIONNELLES

Il n'y a eu aucune nouvelle visite de l'équipe ministérielle dans le cadre des visites d'appréciation des CHSLD et des RNI. Depuis le début des visites en 2004, quinze installations (CHSLD, RI-RTF) ont été visitées. Cinq de ces installations exigent toujours un suivi.

PLAN D'ACTION 2010-2015 POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS

En juin 2010, le gouvernement a adopté le Plan d'action 2010-2015 pour contrer la maltraitance envers les aînés. Parmi les actions retenues, une ligne téléphonique provinciale est accessible, depuis le 1er octobre 2010, sept jours par semaine, entre 8 h et 20 h. La réponse est assumée par une équipe de professionnels formés à cette fin au CSSS de Cavendish. Les interventions suivantes sont offertes : information, écoute, intervention ponctuelle, incluant l'intervention de crise et la référence aux ressources appropriées. Pour les personnes exigeant plus d'interventions, des modalités de référence ont été prévues pour les référer directement à l'accueil psychosocial du CSSS de leur milieu. Tous les établissements ont identifié une personne responsable d'assurer le suivi des dossiers référés par le CSSS de Cavendish. Également, ils ont évalué les besoins en formation des intervenants pour être en mesure de faire du dépistage et d'intervenir. La formation sera offerte au cours de la prochaine année.

RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

Neuf résidences, totalisant 266 unités d'hébergement, ont été certifiées dans les dernières années. Cette première période de certification se termine pour plusieurs résidences. Le processus de renouvellement des certifications est amorcé. Une nouvelle résidence d'envergure est en processus de certification, ce qui portera le nombre d'unités d'hébergement à 418 à la conclusion de la démarche.

SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION

Bien que la gestion des mécanismes d'accès aux services d'hébergement soit décentralisée vers les établissements territoriaux depuis 2005, l'Agence continue à en assurer la coordination, de même que celle entourant les demandes de transferts interrégionaux.

Tableau 15 - Demandes d'admission en hébergement de longue durée

2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
189	119	138	151	172

Tableau 16 - Personnes hébergées au 31 mars 2011

Type de ressources	2007	2008	2009	2010	2011
CHSLD	387	387	386	387	392
Ressource intermédiaire	57	61	88	106	111
Résidence d'accueil	79	80	74	69	77
Formule novatrice d'hébergement	6	10	9	9	4
TOTAL	**529**	**538**	**557**	**571**	**584**

Tableau 17 - Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2011

Type de ressources	2007	2008	2009	2010	2011
CHSLD	36	41	42	33	37
Ressource intermédiaire	8	16	20	28	31
Résidence d'accueil	13	27	15	16	18
TOTAL	**57**	**84**	**77**	**77**	**86**

Tableau 18 - Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2011

2007	2008	2009	2010	2011
20	40	27	36	31

Entre le 1er avril 2010 et le 31 mars 2011, cinq personnes de la Côte-Nord ont été orientées à l'extérieur pour un hébergement, et ce, à leur demande. Par ailleurs, cinq personnes en provenance de différentes régions du Québec ont exprimé le souhait d'être hébergées sur la Côte-Nord en raison de la présence de la famille.

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE

SOUTIEN À DOMICILE

REDDITION DE COMPTES

Objectif

Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :

- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : trois jours;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : un an.

Indicateur	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.45.4.1 Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Tous âges – **Toutes priorités**	64,9 %	90 %	51,9 % (28/54 demandes)
1.45.4.2 Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Tous âges – **Priorité urgente** (trois jours)	57,9 %	90 %	55,6 % (15/27 demandes)
1.45.4.3 Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Tous âges – **Priorité élevée** (30 jours en CSSS et 90 jours en centre de réadaptation (CR))	72,2 %	90 %	48,1 % (13/27 demandes)

Commentaires

Les données ne reflètent pas la réalité. Des difficultés dans la saisie et l'interprétation ont été constatées. Des travaux sont en cours actuellement afin de corriger un problème d'arrimage des actions respectives des gestionnaires d'accès et des pilotes locaux I-CLSC. Certaines lacunes expliquent l'écart important constaté entre les résultats des données Gestred et la situation réelle de l'accès pour plusieurs établissements.

Un état de situation de l'accès est requis de la part des gestionnaires d'accès des CSSS afin de documenter cet écart. Une consigne a été lancée par le pilote régional auprès des pilotes locaux I-CLSC afin de se conformer aux règles établies par le plan d'accès dans la priorisation des nouvelles demandes à partir du 1er avril 2011.

REDDITION DE COMPTES				
Objectif	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.			
Indicateur		**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	646 personnes	574 personnes	667 personnes
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	18,84 interventions/ personne	23,16 interventions/ personne	20,94 interventions/ personne
	Nombre total d'interventions	12 156 interventions	13 294 interventions	13 964 interventions
Commentaires				
Le nombre de personnes desservies en 2010-2011 dépasse largement la cible fixée par le MSSS de 574 personnes. Pour le nombre d'interventions, le résultat obtenu en 2010-2011 dépasse l'engagement établi avec le Ministère de 13 294 interventions portant l'intensité de service de 18,84 interventions en moyenne par usager en 2009-2010 à 20,94 interventions. En effet, 13 964 interventions ont été offertes en déficience physique en 2010-2011 comparativement à 12 156 interventions totales en 2009-2010.				

PLAN D'ACCÈS

REDDITION DE COMPTES		
Indicateur	**Réalisé**	**Non réalisé**
Dépôt du bilan du plan d'accès en déficience	Oui	
Commentaires		
Le dépôt du bilan rencontre le délai établi au 17 juin 2011.		

Un investissement de 327 303 $, annualisé en 2010-2011, a été consenti aux CSSS pour l'implantation du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Cela a permis d'intégrer la nouvelle fonction d'intervenant pivot dans l'organisation des services spécifiques dédiés aux personnes présentant une déficience physique, intellectuelle ou des troubles envahissants du développement. Nous observons, pour l'ensemble des réseaux locaux de services, une augmentation significative du nombre de personnes desservies ainsi que du nombre d'interventions consenties à la clientèle en déficience physique. Cela pourrait être le résultat des travaux régionaux actuellement en cours portant sur les mécanismes d'accès et de continuité des services pour la clientèle présentant une déficience, par les gestionnaires d'accès des établissements.

SERVICES SPÉCIALISÉS

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▲ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : trois jours; ▲ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR; ▲ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : un an.		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.45.4.5 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique – Tous âges – **Toutes priorités**	93,6 %	90 %	94,1 %
1.45.4.6 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique – Tous âges – **Priorité urgente** (trois jours)	-	90 %	100 % (4/4 demandes)
1.45.4.7 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique – Tous âges – **Priorité élevée** (30 jours en CSSS et 90 jours en CR)	93,6 %	90 %	92,2 %
1.45.4.8 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique – Tous âges – **Priorité modérée** (un an)	-	90 %	100 %
Commentaires			
La cible est atteinte.			

Les engagements financiers de l'Agence pour 2009-2010 sont de 134 000 $, annualisé en 2010-2011, permettant ainsi au CPRCN (programme-services en déficience physique) d'améliorer son offre de services spécialisés en déficience auditive et en déficience visuelle. Le plan de développement s'est concrétisé par l'ajout d'une spécialiste de réadaptation en déficience visuelle. En déficience auditive, l'établissement a procédé à l'acquisition d'équipements audiométriques ainsi qu'à la consolidation du poste d'audiologiste existant au point de service de Sept-Îles et au développement d'un poste d'audiologiste à Baie-Comeau, portant les effectifs à 0,8 équivalent temps complet (ETC) dans chacun des secteurs. Ce dernier poste est actuellement en processus de recrutement.

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - PERSONNES HANDICAPÉES

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	166 usagers	210 usagers	164 usagers
Commentaires			
La cible 2010, établie à 133 familles, est atteinte sur le plan régional. L'objectif régional établi à 210 familles est atteint à 78 %. En 2008-2009, 201 familles avaient été desservies. En 2010-2011, 164 familles sont desservies comparativement à 166 l'an passé. Dans la région, il n'y a pas de liste d'attente pour des services d'aide à domicile destinés aux familles de personnes handicapées par l'entremise de l'allocation directe.			

Ces dernières années, une tendance à la baisse est notée quant à l'utilisation des allocations directes prévues pour des services de répit, de dépannage et de gardiennage pour les personnes présentant une déficience physique. La clientèle est orientée davantage vers des services d'hébergement. La région connaît un retard important dans le développement de ressources résidentielles diversifiées pouvant permettre le maintien de la clientèle dans la communauté et éviter l'hébergement institutionnel. Un comité de travail, coordonné par l'Agence, a débuté des travaux en février 2011 afin de proposer des orientations régionales en hébergement en déficience physique. Ces orientations feront l'objet d'un processus de consultation avant d'être adoptées par le conseil d'administration de l'Agence en 2011-2012.

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

SOUTIEN À DOMICILE

REDDITION DE COMPTES

Objectif : Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : trois jours;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : un an.

Indicateur	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.45.5.1 Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle – Tous âges – **Toutes priorités**	25 %	90 %	45,5 % (10/22 demandes)
1.45.5.2 Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle – Tous âges – **Priorité urgente** (trois jours)	-	90 %	50 % (4/8 demandes)
1.45.5.3 Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle – Tous âges – **Priorité élevée** (30 jours en CSSS et 90 jours en CR)	40 %	90 %	42,9 % (6/14 demandes)

Commentaires

Les données ne reflètent pas la réalité. Des difficultés dans la saisie et l'interprétation ont été constatées. Des travaux sont en cours actuellement afin de corriger un problème d'arrimage des actions respectives des gestionnaires d'accès et des pilotes locaux I-CLSC. Certaines lacunes expliquent l'écart important constaté entre les résultats des données Gestred et la situation réelle de l'accès pour plusieurs établissements.

Un état de situation de l'accès est requis de la part des gestionnaires d'accès des CSSS afin de documenter cet écart. Une consigne a été lancée par le pilote régional auprès des pilotes locaux I-CLSC afin de se conformer aux règles établies par le plan d'accès dans la priorisation des nouvelles demandes à partir du 1er avril 2011.

REDDITION DE COMPTES				
Objectif	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.			
Indicateur		**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.5.11	Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	256 personnes	242 personnes	265 personnes
1.5.12	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	12,5 interventions/ personne	12,72 interventions/ personne	15 interventions/ personne
Commentaires				
Le nombre de personnes desservies en 2010-2011 dépasse l'objectif régional de 247 personnes ainsi que l'engagement établi avec le MSSS de 242. Pour le nombre d'interventions, le résultat obtenu en 2010-2011 dépasse l'engagement établi avec le Ministère portant l'intensité de service de 12,5 interventions en moyenne par usager en 2009-2010 à 15 interventions.				

Une somme de 176 240 $, annualisée en 2010-2011, est attribuée aux CSSS, dans le cadre du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, afin de leur permettre d'intégrer le rôle d'intervenant pivot et l'application systématique de plans de services individualisés, lorsque nécessaire.

Dans la lignée des travaux du plan d'accès, un document portant sur les balises relatives à la hiérarchisation des services et au partage des responsabilités des établissements de la Côte-Nord en DI et TED a été élaboré par le comité de concertation régional - soutien à l'autonomie et adopté par le conseil d'administration de l'Agence le 29 mars 2011. Ces orientations visent à soutenir la fonction des intervenants pivots du réseau et faciliter une compréhension commune des différents acteurs sur les trajectoires de services et les mécanismes de liaison à mettre en place. L'Agence souhaite que ce document facilite l'élaboration de projets cliniques en DI-TED par les CSSS en collaboration avec les partenaires. La clarification de l'offre de service permettra aux établissements de conclure les ententes nécessaires à l'amélioration de la continuité et de la complémentarité des interventions en première et deuxième lignes dans chacun des réseaux locaux de services.

SERVICES SPÉCIALISÉS

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▲ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : trois jours; ▲ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR; ▲ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : un an.		
Indicateur		**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.45.5.5	Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Tous âges – **Toutes priorités**	100 %	90 %	93,8 %
1.45.5.6	Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Tous âges – **Priorité urgente** (trois jours)	-	90 %	-
1.45.5.7	Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Tous âges – **Priorité élevée** (30 jours en CSSS et 90 jours en CR)	100 %	90 %	93,1 %
1.45.5.8	Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Tous âges – **Priorité modérée** (un an)	-	90 %	100 %
Commentaires				
La cible est atteinte.				

Un guichet d'accès a été centralisé pour la clientèle présentant une déficience (physique, intellectuelle, trouble envahissant du développement) dans les trois points de service du CPRCN, soit en Haute-Côte-Nord, à Baie-Comeau et à Sept-Îles. Une gestion rapprochée des listes d'attente se poursuit par les gestionnaires ainsi que le contrôle de la fiabilité des données du système d'information clientèle (SIPAD) servant au suivi du respect des délais.

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - PERSONNES HANDICAPÉES

L'Agence a été sensibilisée depuis 2009-2010 à la situation financière difficile vécue par deux organismes communautaires offrant du répit aux familles des personnes présentant une déficience intellectuelle. L'analyse de la situation financière de ces organismes a permis de trouver des solutions satisfaisantes.

Une démarche de consolidation du financement de la ressource L'Espoir de Shelna a été initiée en 2009-2010, afin d'en assurer la stabilité financière et la pérennité pour les prochaines années. Une entente a été conclue avec le CPRCN (programmes en DI-TED), afin d'assurer le financement récurrent pour neuf places d'hébergement permanent de type ressource intermédiaire depuis le 1er avril 2010. L'organisme a confirmé à l'Agence son engagement à l'ajout de mission d'hébergement en plus de celles de centre d'activité de jour et de répit pour la clientèle DI-TED.

Le Répit Daniel Potvin bénéficie maintenant d'un rehaussement récurrent de 26 873 $ par la réallocation intraprogramme de son budget dans le cadre du PSOC.

LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.		
Indicateur		**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	2 039	1 861	2 337
1.6.2	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,08	7	6,97

Commentaires

Le MSSS précise dans son offre de service 2007-2012 - Jeunes en difficulté les standards à mettre en place. Ces services à optimiser ou à développer visent particulièrement l'intensification des services de première ligne.

1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)

Cette cible est globalement atteinte. En fait, la majorité des établissements l'atteignent facilement et un seul présente des résultats sous la cible. Toutefois, il ressort que certains aient fait le choix d'offrir une intensité de service (1.6.2) vu la nature du dossier et d'autres ont décidé de répondre à l'ensemble des dossiers en offrant une moins grande intensité. Certains relatent qu'ils ont dû faire ces choix, en partie, au regard du contexte de la liste d'attente du Centre jeunesse.

1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)

L'ensemble des CSSS de la région ne rencontre pas la cible, sauf deux CSSS, soit Basse-Côte-Nord et Sept-Îles. Précisons que ce dernier fait gonfler la moyenne régionale et permet ainsi de pratiquement atteindre la cible. Il est possible que le volume d'usagers se soit avéré plus grand attribuable au manque de ressources humaines du Centre jeunesse, ce qui n'a pas permis de répondre avec l'intensité voulue.

À la lumière des résultats obtenus, nous serions tentés de conclure à l'atteinte des cibles ou en voie de l'être.

SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

REDDITION DE COMPTES				
Objectif	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de douze jours civils pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours civils pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.			
Indicateur		**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.6.4	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse	20,9 jours civils	12 jours civils	50,3 jours civils
1.6.5	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse (excluant les autochtones sur réserve)	34,29 jours	30 jours	35,2 jours
1.6.7	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	31,7 jours civils	14 jours civils	28,56 jours civils
Commentaires				
L'indicateur 1.6.4 est le plus préoccupant, puisqu'il montre une détérioration de la situation et s'éloigne encore davantage de la cible. La pénurie de ressources humaines et la recherche de solutions novatrices se situent au cœur de la problématique pour laquelle des travaux sont en cours et à venir. Une analyse et un suivi rigoureux sont en cours avec l'établissement. Un plan d'action est attendu pour septembre 2011 par le CPRCN.				

FAITS SAILLANTS

PLAN DE FORMATION

L'Agence a travaillé au déploiement du Plan de formation national. De ce fait, la formation Charlie s'adressant aux intervenants des CSSS et du Centre jeunesse a été planifiée pour le printemps 2011. Il s'agit d'une formation de base à l'intention des nouveaux intervenants oeuvrant auprès des jeunes en difficulté. Elle vise l'acquisition de certaines compétences, afin d'assurer un service de qualité aux jeunes et à leur famille.

TRAVAILLEUR DE RUE

Un projet d'entente pour les travailleurs de rue a été élaboré en concertation avec des représentants d'organismes qui œuvrent dans ce secteur, afin de définir le rôle de chacun des acteurs et de réaffirmer l'importance de ces travailleurs dans le milieu.

Une journée de réflexion et d'accompagnement régional pour les travailleurs de rue s'est tenue en novembre 2010, en collaboration avec le CPRCN (centre de réadaptation); le sujet de la santé mentale a été abordé. Les échanges ont porté sur le repérage, la détection et l'intervention précoce dans un contexte de trouble concomitant, soit lors d'un problème de santé mentale et de consommation de substance psychoactive ou de jeu pathologique. Cette rencontre annuelle est essentielle au développement des connaissances et à la pratique du travail de rue sur la Côte-Nord.

MAISONS DE JEUNES

En 2010-2011, l'Agence a renouvelé, pour une durée de deux ans, l'entente signée avec la Maison des jeunes La Relève et la Ville de Baie-Comeau concernant le fonctionnement d'un point de service de cette maison des jeunes dans le secteur est de la municipalité. Ainsi, un montant de 30 000 $ est consenti annuellement pour ce projet.

LES DÉPENDANCES

ACCÈS AUX SERVICES

REDDITION DE COMPTES	
Objectif	Accès aux services aux personnes aux prises avec un problème de dépendances ou susceptible de l'être.
Sujet	**Résultat 2010-2011**
Pourcentage de personnes évaluées dans un délai de quinze jours.	80 %
Commentaires	
Le résultat régional est largement au-dessus de la moyenne provinciale de 62 %.	

ORIENTATIONS

Le document intitulé « Orientations régionales pour le programme-services Dépendances 2010-2015 » a reçu l'aval du CGR - Côte-Nord et a été adopté par le conseil d'administration au printemps 2010. Une large diffusion de ces orientations a été effectuée. Le principal objectif est de définir l'offre de service auprès des personnes présentant une consommation à risque ou un trouble d'abus ou de dépendances (alcool, drogues ou jeux de hasard et d'argent). Le document de référence présente certaines recommandations dont, entre autres, d'élaborer des projets cliniques en dépendances, de réviser et d'implanter des ententes de service entre les différents partenaires concernés ainsi que d'assurer l'accessibilité aux services, notamment pour les communautés autochtones. Au cours de l'année 2010, un programme de formation en dépendances a été offert dans six territoires de CSSS. Cette formation a permis, entre autres, de mieux définir le rôle de première ligne des CSSS.

JEU PATHOLOGIQUE

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	56	80	77

Commentaires

En 2010-2011, 77 joueurs ont reçu des services spécialisés sur la Côte-Nord. Ce résultat rejoint le seuil de services ministériel qui se situe également à 77 joueurs. La cible régionale avait été fixée à 80 joueurs. Toutefois, les résultats pour l'exercice financier 2010-2011 démontrent une augmentation de 38 % du nombre de joueurs traités. De plus, il importe de noter qu'il n'y a pas de liste d'attente pour l'accès à ces services en Côte-Nord.

Les services spécialisés en jeu pathologique sont offerts dans les neuf points de service du CPRCN (Centre Le Canal). Les intervenants psychosociaux œuvrant en dépendances ont le mandat d'offrir une évaluation spécialisée et un suivi psychosocial en réadaptation autant aux personnes aux prises avec des problématiques d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu pathologique. Une difficulté pour répondre à la demande est présente en Minganie, en raison de la faible disponibilité de ressources professionnelles dédiées à cette activité.

À la suite de l'annonce de Loto-Québec de développer son offre de jeu d'argent en ligne et en appui aux directeurs de santé publique des 18 régions du Québec, un comité régional, formé de la chef de service en prévention et promotion, du conseiller en communication et de la responsable du dossier des jeux de hasard et d'argent à l'Agence, a été mandaté afin de déposer un projet concernant la position nord-côtière à l'égard de la problématique du jeu en ligne.

Le message principal portait sur le fait que la problématique du jeu en ligne est en émergence dans le monde et au Québec et que la santé publique est préoccupée par l'incidence qu'aura la mise en marché de cette nouvelle plateforme de jeu légal sur la clientèle des jeunes adultes qui, par ailleurs, est celle directement visée par Loto-Québec avec cette annonce.

La problématique du jeu en ligne connaît un succès très dangereux. Ce type de jeu devient davantage accessible à plusieurs personnes de nos communautés nord-côtières.

Une conférence de presse et des rencontres de sensibilisation auprès des partenaires ont été effectuées, ayant comme objectif, entre autres, de sensibiliser les acteurs et la population sur les dangers du jeu en ligne.

LA SANTÉ MENTALE

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.		
Indicateur		**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en CSSS (mission CLSC)		1 353 usagers	1 250 usagers	1 444 usagers
Commentaires				
En ce qui concerne l'indicateur pour le nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS, nous concluons l'exercice financier 2010-2011 avec un résultat de 1 444 usagers dépassant ainsi la cible prévue de 1 250. Précisons que nos résultats sont en progression constante depuis l'année 2006-2007 et que, pour le dernier exercice seulement, 91 usagers supplémentaires ont bénéficié des services de première ligne. Rappelons que 2009-2010 a constitué la première année complète de fonctionnement du guichet d'accès en santé mentale du CSSS de Sept-Îles. Actuellement, il est le seul des établissements nord-côtiers à posséder un tel guichet pour cette période de référence. Cependant, pendant ce même exercice, les autres établissements ont instauré des guichets d'accès généraux, ce qui pourrait avoir des répercussions positives sur le nombre d'usagers vivant avec une problématique de santé mentale et ayant reçu des services de première ligne au cours des prochaines années financières.			

Au printemps 2011, l'Association canadienne pour la santé mentale a procédé au lancement du guide pour les proches d'une personne vivant avec une problématique de santé mentale. Ce document aidera les partenaires, notamment lors de l'annonce du diagnostic, et donnera des informations sur les maladies et la médication.

SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	135 usagers	< 73 usagers	115 usagers

Commentaires

Nous terminons l'exercice 2010-2011 avec un résultat de 115 usagers en attente de services de deuxième ligne depuis plus de 60 jours, ce qui est supérieur à la cible fixée, soit 73.

Les effectifs réduits et les différentes absences des professionnels œuvrant dans ces services ont rendu difficile l'atteinte de cette cible.

Pour les deux établissements concernés, une révision des besoins des clientèles est en cours. De plus, le rôle et la structure des équipes de première ligne de ces deux CSSS seront révisés l'an prochain, en lien avec les orientations ministérielles relatives à ces équipes. Cette révision devrait permettre de mieux répondre aux besoins des clientèles nécessitant des soins de première ligne.

Des projets de pédopsychiatrie et de psychiatrie répondante ont été déposés au MSSS. Ces projets favoriseront le soutien des médecins ainsi que des intervenants de première ligne œuvrant dans les établissements du territoire.

SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : ▲ En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) ▲ En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	71 adultes	130 adultes	83 adultes

Commentaires

Au cours des dernières années, nos résultats ont constamment progressé sans cependant atteindre l'engagement régional, le seuil ou encore la cible 2010. Nous avons investi à plusieurs reprises afin d'augmenter les effectifs dédiés à ce service et présentement nous avons le requis nécessaire pour répondre à l'engagement ainsi qu'à la cible 2010.

De plus, il faut également considérer que ce service n'est pas offert dans les trois territoires suivants : Basse-Côte-Nord, Hématite et Naskapi, et ce, considérant la dispersion géographique, l'absence presque totale de lieux de rencontre, la faible densité de population, etc.

Des démarches sont entreprises avec le Centre national d'excellence en santé mentale pour offrir de la formation et du soutien permettant de bonifier nos pratiques et d'augmenter nos résultats.

REDDITION DE COMPTES		
Indicateur	**Réalisé**	**Non réalisé**
Dépôt du plan de travail sur le programme d'implantation en négligence et d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (jeunesse)		X
Commentaires		
La priorité a été mise sur l'élaboration des orientations pour les jeunes en difficulté. Dans ce cadre, des travaux sont à venir afin de convenir des modalités d'implantation de ces programmes dans les CSSS de notre région.		

SERVICES D'URGENCE

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : ▲ Séjour moyen sur civière à l'urgence de douze heures et moins; ▲ 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	12,69 heures	12 heures	14,28 heures
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	3,41 %	1 %	4,76 %
Commentaires			
En ce qui concerne ces deux indicateurs, nous n'atteignons pas les cibles 2010-2011. Il faut cependant noter que, pour l'indicateur 1.8.7, le résultat de 14,28 heures est attribuable à différents facteurs. Précisons que les données proviennent de deux établissements et que l'un d'entre eux a amélioré sa performance. Les résultats sont notamment tributaires au fait qu'un établissement a un taux élevé d'occupation des lits en santé mentale. Cette situation amène un refoulement à l'urgence des patients ayant une problématique de santé mentale et augmente la durée moyenne sur civière. Depuis 2010, des travaux ont débuté dans le but d'améliorer la situation par le développement d'un hébergement non institutionnel offrant un niveau d'encadrement adapté aux besoins de la clientèle qui se retrouve dans des lits de courte durée psychiatrique. Précisons également que la mauvaise codification de patients connus initialement pour une problématique de santé mentale venant consulter pour leur santé physique ou présentant une problématique de dépendance expliquerait une partie de l'écart entre les résultats et les cibles pour un établissement. Des travaux se poursuivent pour la mise en place d'une équipe de liaison spécialisée en dépendance. Cette équipe permettrait une amélioration des durées de séjour.			

FAITS SAILLANTS

COMITÉ DE RÉFLEXION SUR L'INTÉGRATION, LA CONSOLIDATION ET LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE

Depuis 2010, l'Agence coordonne les travaux du comité de réflexion sur l'intégration, la consolidation et le développement des services spécialisés en santé mentale. Une des priorités est de créer une ressource d'hébergement spécialisée en santé mentale pouvant répondre aux besoins répertoriés surtout dans l'est du territoire.

COMITÉ DE CONCERTATION RÉGIONAL - FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE, DÉPENDANCES, SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

L'Agence a coordonné les travaux de ce comité dont le mandat vise à établir le portrait de l'offre de service pour les programmes famille-enfance-jeunesse, dépendances, santé mentale et suicide par territoire de CSSS et à définir les orientations et priorités en termes de consolidation et de développement.

En 2009, à la suite d'une recommandation de ce comité de concertation, l'Agence a coordonné les travaux d'un sous-comité « armes à feu » constitué de représentants de l'Agence, du Centre de prévention du suicide (CPS), de la Sûreté du Québec, d'un médecin-psychiatre conseil et d'un procureur. Depuis 2009, une campagne de sensibilisation pour le désistement volontaire des armes à feu est en cours ayant comme objectif la diminution de l'accessibilité aux armes à feu inutilisées et la réduction des risques d'homicide, de suicide et d'accident associés à leur présence dans un foyer privé. De plus, au cours de l'année 2010-2011, une mise à jour du Guide de conduite en présence de personne suicidaire, dépressive, violente ou à risque qui a un permis ou a accès à une arme à feu a été effectuée. Ce guide, disponible depuis 2003, s'adresse aux proches, à la famille et aux différents professionnels, incluant les médecins, et vise à déterminer une procédure pour retirer l'accès à des armes à feu des personnes à risque.

Depuis 2001, l'Agence a mandaté le CPS et les CSSS pour implanter un réseau de sentinelles en prévention du suicide sur l'ensemble du territoire de la Côte-Nord, et ce, dans différents milieux de travail, de loisirs, de sports, jeunesse, etc. En 2010-2011, onze formations de sentinelles ont été organisées dans la région, rejoignant 71 personnes. Trois de ces formations ont été offertes au personnel de l'Agence à la suite d'une recommandation du coroner. Le CPS a le mandat d'assurer le suivi de ces sentinelles. Ce suivi est disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine, à l'aide d'une ligne d'intervention téléphonique.

TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)

L'Agence a animé et coordonné les travaux d'un groupe dédié à la problématique du TDAH. Ce comité a rédigé un plan d'action régional relatif au TDAH. Des travaux précisent un projet d'offre de répit aux parents d'enfants vivant avec cette problématique. De plus, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), l'Agence prévoit offrir une formation sur l'évaluation et le diagnostic de ce trouble aux professionnels concernés des réseaux de la santé et de l'éducation.

LA SANTÉ PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

REDDITION DE COMPTES	
Objectif	Activités du Programme national de santé publique (PNSP) - Pourcentage d'implantation des activités.
Sujet	**Résultat 2010-2011**
Commentaires	
Le pourcentage d'implantation des activités du PNSP est passé de 69,4 % à 69,5 % de 2008-2009 à 2010-2011. Cette stabilité est reliée à l'orientation régionale de consolider les activités déjà existantes. De plus, en vertu du sous-financement relatif à notre région, en santé publique, une priorisation et une optimisation sont nécessaires pour éventuellement réussir à implanter les activités incontournables du PNSP, particulièrement les pratiques cliniques préventives.	

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans le cadre de sa responsabilité de coordination du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids, le Service de prévention et promotion de la santé et ses partenaires ont tenu un forum sur le loisir actif et les saines habitudes. Ce forum a réuni plus de 65 intervenants de différents milieux, permettant ainsi d'élargir les connaissances en ce qui a trait au déploiement d'environnements favorables aux saines habitudes de vie. De plus, une ressource a été embauchée dans le cadre de la Stratégie régionale concertée pour la promotion de saines habitudes de vie, de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Enfin, le réseau des agents en prévention et promotion de la santé a été créé afin de soutenir la Stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé (SIPPS).

SAINES HABITUDES DE VIE (0-5-30)

TABAGISME (0)

Prévention

- Programme « La gang allumée » : Une formation d'animateurs pour le programme « La gang allumée » a été offerte à 26 intervenants en décembre 2010 et janvier 2011. Quatre projets ont fait l'objet d'une subvention pour un montant total de 1 870 $. Les 26 jeunes impliqués dans ces gangs allumées ont rejoint 1 200 jeunes et 1 260 adultes.

Cessation

- Les services de cessation tabagique en CSSS ont permis de rejoindre 260 fumeurs, ce qui représente près de 75 % de l'objectif régional. Deux centres d'abandon du tabagisme (CAT) ont dépassé leur objectif local (CSSS de Manicouagan et de la Basse-Côte-Nord).
- Défi « J'arrête, j'y gagne! » : Ce sont 345 fumeurs de la région qui ont décidé de relever le défi de ne pas fumer pendant six semaines, soit du 1er mars au 11 avril 2011, comparativement à 244 en 2010.

ALIMENTATION (5)

Défi Santé 5/30 Équilibre

Cette année, 1 977 Nord-Côtiers se sont inscrits à ce défi visant l'adoption de saines habitudes de vie, comparativement à 1 750 il y a un an. De plus, six localités de la Côte-Nord se sont lancées dans l'aventure en devenant « Municipalités Défi Santé ».

Programme « Fruits et légumes en vedette »

Onze restaurants de la région se sont engagés à participer au programme « Fruits et légumes en vedette » qui vise à accroître l'offre de fruits et de légumes dans les mets offerts dans les restaurants. Ce programme est réalisé en collaboration avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ).

Rallye sur la Côte

La troisième édition du Rallye sur la Côte se déploiera tout au long de l'année 2011. Cette activité vise l'augmentation de la consommation de légumes et fruits et de la pratique d'activités physiques. En mars 2011, dix milieux de travail, dont trois ne faisant pas partie du réseau de la santé, ont participé, impliquant au total 246 personnes.

Promotion des saines habitudes de vie

Dans le but de sensibiliser la population nord-côtière à l'importance d'adopter une saine alimentation et de créer des environnements alimentaires favorables à la santé, le Service de prévention et promotion de la santé a travaillé sur différents projets :

- Session d'appropriation d'une saine alimentation auprès du personnel de certains CSSS et intervenants du milieu (cinquante personnes ont été rencontrées et pourront agir comme relayeurs d'information);
- Organisation d'une formation en hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire auprès de dix organismes communautaires;

- Soutien aux regroupements Québec en forme dont le mandat est d'animer différentes activités de promotion d'une saine alimentation dans le milieu;
- Poursuite du déploiement des défis « Moi, j'croque » et « Pelure de banane », en partenariat avec le Réseau du sport étudiant du Québec, région Côte-Nord (RSEQ). Par ces défis, les élèves et membres du personnel des écoles sont invités à consommer un minimum de cinq portions de fruits et légumes chaque jour. Trente-sept trousses du défi « Moi, j'croque » et trois du défi « Pelure de banane » ont été remises aux écoles par Kino-Québec, permettant ainsi de rejoindre plus de 5 500 élèves. De plus, une collaboration avec le MAPAQ a permis la distribution de 2 500 boîtes à lunch, 550 affiches et 4 700 magnétiques dans le cadre du défi « Moi, j'croque ».

Politique alimentaire

Deux comités ont été formés, soit un comité de soutien pour les établissements du réseau, qui a aussi élaboré la politique alimentaire de l'Agence, et un comité régional des responsables de la politique alimentaire. Quatre politiques alimentaires ont été adoptées dans les établissements du réseau de la santé. Un comité de travail pour les machines distributrices a mené à l'élaboration d'une affiche pour promouvoir les choix sains dans lesdites machines distributrices.

Sécurité alimentaire

Dans le but de soutenir et de favoriser les actions visant le développement de la sécurité alimentaire, qui s'inscrivent dans les stratégies de développement social et de développement des communautés, treize projets ont été appuyés financièrement, pour un budget global de 80 484 $.

Tableau 19 - Projets financés par le Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire

Territoire de CSSS	Projet	Promoteur	Subvention 2010-2011 ($)
Haute-Côte-Nord	Nourris ton cerveau!	Centre d'action bénévole Le Nordest	5 000
	Les délices maison	La popote roulante (Bergeronnes)	2 970
Manicouagan	Famille mieux nourrie, famille épanouie!	Carrefour familial de Chute-aux-Outardes	13 673
	Maman, papa, qu'est-ce qu'on mange?	Ressources familles Manicouagan	7 000
	L'héritage culinaire	Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau	800
Port-Cartier	Cours de cuisine	Hom'asculin	1 000
	Qu'est-ce qu'on mange?	Maison de la famille de Port-Cartier	9 332
Sept-Îles	Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	L'Envol - Maison de la famille	12 481
	J'ai faim 4	Chantier Jeunesse Loisir	8 000
	Un jardin en santé	Centre d'intervention Le Rond-Point	2 000
Basse-Côte-Nord	To provide hot nutritious meals to the senior citizens aged 75 +, physically handicapped, and convalescence in the community of Chevery	Club des Citoyens Seniors de Chevery	6 777
Hématite	Cuisine collective	Maison d'aide et d'hébergement de Fermont	4 734
Minganie	Projet alimentaire : deux volets	La Maison du Tonnerre	6 717
TOTAL			**80 484**

Étude sur le panier à provisions nutritif

La région participe à une étude pilotée par le MSSS afin de connaître le coût des aliments de base essentiels au maintien de la santé. La santé publique a coordonné la collecte de données dans l'ensemble du territoire. Un comité de travail a été formé, comprenant un représentant du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, de la Conférence régionale des élus, de l'APIC Côte-Nord (Association de protection des intérêts du consommateur) et du MAPAQ, pour planifier la diffusion des résultats qui sont attendus en 2011.

ACTIVITÉ PHYSIQUE (KINO-QUÉBEC) (30)

Festival « Plaisirs d'hiver »

Quarante-quatre municipalités ont répondu à l'appel en proposant une centaine d'activités au cours du festival « Plaisirs d'hiver ». L'édition 2011 a encore une fois impliqué le milieu scolaire avec 24 écoles de la Côte-Nord qui ont mis en action 3 255 jeunes dans le cadre des cours d'éducation physique ou lors de journées spéciales, et ce, entre janvier et mars.

Concours « École active »

Pour l'édition 2010, onze écoles ont présenté douze projets touchant les saines habitudes de vie, dont sept ont reçu un financement pour réaliser leur projet. Ces projets devaient favoriser la pratique de l'activité physique par l'aménagement de la cour d'école, l'achat de matériel à caractère sportif ou, encore, favoriser une saine alimentation. C'est donc plus de 2 200 élèves qui seront touchés par ces mesures.

Défi Basket

L'édition 2010 du Défi Basket, une initiative régionale, a impliqué au-delà de 7 610 jeunes, de la maternelle au secondaire, dans 52 écoles de la Côte-Nord. Cette activité se déroule en mai, lors du Mois de l'éducation physique et du sport étudiant (MÉPSÉ). Une bourse de 500 $ était offerte parmi toutes les écoles inscrites.

ViActive

ViActive est un programme d'activité physique de groupe s'adressant aux aînés. En 2010-2011, six formations d'animateurs de groupes ont été offertes dans la région. C'est donc 37 animateurs qui ont reçu cette formation, d'une durée de quatre heures, pour animer les groupes de leur localité.

Journée nationale du sport et de l'activité physique (JNSAP)

Cette journée thématique doit proposer un événement visant la pratique de l'activité physique dans un grand centre de la région. En 2010, Kino-Québec a réuni plus de 150 cyclistes (sur vélos stationnaires) à Sept-Îles pour pédaler durant l'heure du dîner.

PÉRINATALITÉ

ALLAITEMENT MATERNEL

L'Agence, à la suite de demandes provenant des CSSS, a procédé au transfert de la formation de base en allaitement maternel produit par le MSSS sur un support audiovisuel (DVD). L'outil, qui sera diffusé en 2011-2012, facilitera la dispensation de la formation sur tout le territoire nord-côtier.

SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE) À L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ

REDDITION DE COMPTES

Objectif Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le PNSP.

Indicateur	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.1.12 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	50,5 % (69 femmes)	80 %	(57 femmes)

Commentaires

Le dénominateur pour calculer la proportion des femmes ayant accouché dans une année de référence et qui sont suivies dans le programme des SIPPE est établi sur une projection. Cette façon de faire entraîne une marge de fiabilité des données réduite dans le contexte de la région (démographie fluctuante par rapport aux grands projets de développement économique, exode des jeunes, etc.). Un accompagnement a été offert afin d'assurer une compréhension uniforme des données recueillies dans le cadre des SIPPE. Le recrutement des familles a été changé à certains endroits.

Nous observons une baisse du nombre de femmes ayant accouché au cours de l'année de référence et suivies dans les SIPPE. Dans la région, 191 mères ayant accouché sont inscrites aux SIPPE. Elles reçoivent une intensité de service par le biais de visites à domicile, de suivis téléphoniques et de rencontres de groupe. Ces multiples interventions ont permis d'agir en 2010-2011 auprès de 251 enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité.

Dans la dernière année financière, 99 mères ont bénéficié du programme OLO grâce à la contribution du Programme canadien de nutrition prénatal (PCNP). Ce dernier permet d'offrir le soutien nécessaire pour améliorer la santé et le bien-être des femmes enceintes, des nouvelles mères et des bébés qui traversent des circonstances difficiles.

En 2011, l'Agence procédera à une étude sur les services dédiés aux jeunes enfants et leur famille afin de décrire l'offre de service actuelle et identifier les opportunités d'amélioration dans la perspective d'une offre de service intégrée et optimale.

Les travaux en cours au MSSS pour l'optimisation des SIPPE influenceront également les travaux à venir.

PLANIFICATION DES NAISSANCES

L'Agence s'est associée à l'INSPQ afin de développer des orientations régionales en planification des naissances. Elles ont été adoptées en mars 2011. Ces orientations permettront de bonifier l'offre de service actuelle en matière d'éducation sexuelle, de contraception et d'accessibilité à l'interruption volontaire de grossesse.

À ce jour, cinq CSSS ont adopté le modèle provincial de contraception hormonale.

Deux journées de transfert de compétences sur l'interruption volontaire de grossesse, à l'intention des médecins, des infirmières et des intervenants psychosociaux, ont permis de rejoindre 88 participants. Ce fut une première réussie.

L'Agence a produit un guide de références et procédures en interruption volontaire de grossesse pour les infirmières, les médecins et les intervenants psychosociaux qui doivent accompagner des femmes et des couples aux prises avec une grossesse non désirée.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

REDDITION DE COMPTES

Objectif	Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le PNSP et renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être.

Indicateur	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.1.13 Proportion d'écoles qui intègrent l'approche « École en santé »	63,38 %	60 %	66,7 %

Commentaires

Cet indicateur est retenu dans le Plan stratégique 2005-2010 du MSSS, mais non chiffré (il est souhaité l'atteinte progressive de l'ensemble des écoles à l'approche « École en santé »). Au régional, une cible de 50 % est inscrite au PAR-PAL de santé publique.

Au 31 mars 2011, les données nous indiquent que 66,7 % des écoles de la région implantent l'approche, soit 3,32 % de plus qu'en 2010 (63,38 %).

Voici les résultats par CSSS :

Territoire de CSSS	Nombre d'écoles ayant amorcé la démarche/Nombre total d'écoles	Pourcentage amorcé
CSSS de la Haute-Côte-Nord	11/11	100 %
CSSS de Manicouagan	15/16	93,75 %
CSSS de Port-Cartier	5/6	83,33 %
CSSS de Sept-Îles	9/11	81,82 %
CSSS de la Minganie	2/10	20 %
CSSS de la Basse-Côte-Nord	4/12	33,33 %
CSSS de l'Hématite	0/3	0 %
Total régional	**46/69**	**66,7 %**

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ CHEZ LES JEUNES

Au printemps 2008, la Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire (TRIPPS) appuyait la mise en place d'un comité de travail MSSS-MELS pour soutenir le déploiement de l'éducation à la sexualité selon les nouvelles orientations. Son mandat est de réaliser des situations d'apprentissage et d'évaluation d'éducation à la sexualité, à l'intention des jeunes du primaire, en tenant compte des meilleures pratiques de prévention et de promotion liées à ce domaine et des encadrements scolaires. Les travaux, initiés en septembre 2009, se prolongeront jusqu'au printemps 2012. Ce projet est subventionné dans le cadre de la Stratégie d'intervention jeunesse 2009-2014 et les réalisations du comité de travail seront disséminées à l'échelle régionale au cours de l'année, et nationale par la suite.

SANTÉ DENTAIRE

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

L'un des objectifs du service de santé dentaire préventif, dans les CSSS de la région, est d'assurer l'accessibilité de ces services dans chacune des MRC.

TROIS VOLETS

Services de base

Les services de base consistent, dans un premier temps, au dépistage des enfants à risque et, dans un deuxième temps, au suivi individualisé en deux rencontres. Ainsi, environ 750 enfants de la maternelle ont été dépistés et environ 180 de ces 750 ont été considérés à risque et ont reçu un suivi individualisé.

Programme « Scellants »

Trente-quatre enfants de Sept-Îles ont reçu des scellants et 25 de Port-Cartier en ont reçu pour une deuxième année. Vingt-et-un enfants de la MRC de Manicouagan et 19 de la Haute-Côte-Nord en ont reçu pour une première année. En Minganie, l'application a été retardée en raison des problèmes de stérilisation et, à Fermont, tous les enfants de 2^{e} année en ont reçus, soit environ 35.

Programme « Clés en main »

La formation du programme « Clés en main » a été complétée auprès des hygiénistes dentaires du territoire, mais le niveau d'implantation dans chacun des territoires ne peut être évalué pour le moment.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

TRAUMATISMES LIÉS À L'USAGE DU RÉSEAU ROUTIER

Véhicules lourds et sécurité routière

En 2010-2011, les principales actions de prévention ont été réalisées en collaboration avec les membres de la Table de concertation en sécurité routière et du comité de sécurité Route 389 sous l'égide de la Direction de la Côte-Nord de Transport Québec.

Sièges d'auto pour enfants

De juin à octobre 2010, CAA-Québec a tenu six formations dans cinq territoires de CSSS de la Côte-Nord (Haute-Côte-Nord, Manicouagan, Port-Cartier, Sept-Îles et Minganie). Près de 60 personnes dont sept autochtones, provenant de différents milieux (CSSS, centres de la petite enfance, Sûreté du Québec, organismes communautaires dédiés aux familles, garages et concessionnaires automobiles), ont reçu la formation pour se joindre au réseau provincial permanent de vérification des sièges d'auto pour enfants.

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE

Parmi les sept CSSS de la Côte-Nord, cinq possèdent des professionnels de la santé (kinésiologues, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique) habilités à animer le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). Quatre établissements ont offert le programme à sept groupes d'aînés. Ils ont rejoint 91 personnes, dont dix ayant obtenu une autorisation médicale pour y participer.

Le projet pilote d'adaptation et simplification du Tai Ji, dans une perspective de prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans, a été réalisé de l'automne 2010 au printemps 2011, auprès de trois groupes d'aînés septiliens. Les participants ont été évalués au début et en fin de session par une kinésiologue avec les outils d'évaluation utilisés dans le cadre du programme PIED. Les résultats obtenus pour quatre des cinq tests utilisés montrent une amélioration intéressante des habiletés d'équilibre (équilibre statique et dynamique) variant de 18 % à 128 %. Les résultats obtenus commandent de préparer un outil pédagogique en vue de former d'autres intervenants sur la Côte-Nord et étendre l'offre de ce service aux autres CSSS nord-côtiers.

TRAUMATISMES LIÉS AUX BLESSURES À DOMICILE CHEZ LES ENFANTS

L'Agence poursuit son partenariat avec le CPRCN et les services de sécurité incendie de la Ville de Sept-Îles, afin de réaliser un projet de prévention des traumatismes domiciliaires non intentionnels chez les enfants, basé sur la distribution d'une trousse contenant des dispositifs de sécurité (détecteurs de fumée, cache-prise de courant, tapis de bain, etc.). En 2010-2011, plus de 278 trousses ont été distribuées aux familles nord-côtières.

De façon générale, les familles apprécient le soutien concret qui leur est offert. Soixante pour cent des familles qui ont participé à l'évaluation n'avaient pas installé de dispositif de sécurité à la maison avant l'intervention du CSSS, 91 % trouvent la trousse utile et 31 % affirment avoir appris de nouvelles choses.

DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

L'année 2010-2011 a été marquée par l'évaluation de deux ententes qui encadrent l'actualisation du développement social et du développement des communautés : l'entente entre la Conférence régionale des élus et l'Agence, puis la Stratégie régionale concertée pour la promotion des saines habitudes de vie, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Stratégie PSHV-LPES). Elles font ressortir la nécessité de la complémentarité et de la cohésion comme des incontournables dans un contexte où les acteurs régionaux aspirent à mieux soutenir l'action des communautés locales. On constate également que l'approche par MRC pour l'action doit se jumeler à un soutien intégré de la part des organismes régionaux. Des travaux seront faits pour intégrer l'approche intersectorielle à l'intérieur d'une structure de fonctionnement unique qui soutient l'action par MRC. En termes de résultat, il faut souligner que la stratégie intersectorielle a permis de soutenir une trentaine d'interventions locales et régionales depuis sa signature en décembre 2008.

Au cours de la dernière année, la Conférence régionale des élus et l'Agence ont signé une autre entente visant à développer un projet pilote d'expérimentation d'un dispositif de connaissances des communautés en Haute-Côte-Nord. Cette entente permet d'assurer l'accompagnement du comité de développement social de cette MRC.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

La Direction de santé publique assure une réponse en santé environnementale et agit dans ce domaine d'activité en se référant aux différents éléments du milieu environnemental susceptibles de porter atteinte à la santé. On y traite, entre autres, de la qualité de l'eau potable, de la pollution de l'air intérieur et extérieur, de la contamination des sols de même que du maintien sécuritaire de milieux habités.

La prévention des risques est également abordée lors des avis que la Direction de santé publique est invitée à transmettre dans le cadre de l'évaluation des incidences environnementales de différents projets soumis à des études d'impact, tout en ayant comme toile de fond des écosystèmes sains pour la population.

Voici les faits saillants de l'année 2010-2011 :

- Assurer une réponse dans quatorze dossiers sur le plan de la qualité de l'air intérieur directement auprès de citoyens et d'organismes locaux (qualité de l'air dans les HLM) ou régionaux.
- Assurer une réponse pour les contaminations environnementales hors du commun, telle que la problématique d'eau potable dans le parc Murray à Pointe-Lebel (maisons mobiles).
- Participer et collaborer à des comités régionaux et nationaux, afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiers, notamment l'érosion des berges, les changements climatiques, les cyanobactéries, l'uranium et le radon.
- Analyser d'un point de vue de santé publique la recevabilité et l'acceptabilité de cinq études d'impact environnemental se réalisant sur la Côte-Nord.
- Maintenir la surveillance des réseaux d'eau potable de la Côte-Nord en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) (avis de non-conformité, demande de correction, mise aux normes de réseaux d'eau potable, avis de santé publique pour des problématiques particulières).
- Surveiller les 45 réseaux d'alimentation en eau potable ayant eu des dépassements de normes sur la qualité physicochimique ou bactériologique et s'assurer que les nouveaux avis d'ébullition (57 incluant les avis préventifs) soient communiqués à la population et à Info-Santé.
- Maintenir la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale et assurer 21 enquêtes épidémiologiques lors de déclarations.
- Analyser les modifications à huit projets de règlement de MRC.
- Analyser et faire des recommandations relativement au Plan directeur de l'eau du bassin versant de la Rivière aux Anglais et de l'Organisme de bassins versants de Manicouagan.
- Entretenir un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de la Côte-Nord pour des activités de promotion et de sensibilisation concernant divers dossiers (site Internet, Rendez-vous de l'Énergie, campagne « Défi Climat »).
- Développer et adopter la politique environnementale de l'Agence, et mettre sur pied un comité environnemental permanent.
- Mettre en place un réseau environnemental regroupant sept établissements du réseau de la santé, incluant l'Agence.

SANTÉ AU TRAVAIL

Le mandat du Service de santé au travail consiste à offrir des activités de prévention, de protection et de promotion de la santé pour des problèmes reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont planifiées dans un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), en collaboration avec les représentants de l'employeur et des travailleurs de l'entreprise. Au 31 décembre 2010, 278 entreprises des secteurs prioritaires bénéficient d'un PSSE sur une possibilité de 448 entreprises potentiellement à desservir[1].

Suivant le nouveau plan d'organisation mis en place en 2008, le CSSS de Sept-Îles est le mandataire de l'équipe d'intervention. Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année par les intervenants de l'équipe de santé au travail.

Tableau 20 - Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région

Activité	Nombre
Connaissance préalable de l'entreprise	24
Élaboration de programmes de santé	11
Mise à jour de programmes de santé	54
Total	**89**
Intervention générale	91
Ergonomie	19
Soutien à l'organisation santé et sécurité au travail (SST)	30
Surveillance environnementale	76
Surveillance médicale	41
Formation/Information	67
Premiers secours et premiers soins	207
Total	**531**
GRAND TOTAL	**620***

* Ces activités ont été réalisées dans 292 entreprises différentes.

En plus de ces activités de base, les intervenants en santé au travail ont effectué en 2010 :

- 511 analyses de postes dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger »;
- Sept enquêtes sur les MADO;
- Seize demandes de service provenant des employeurs ou des travailleurs dans la majorité des cas.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en charge leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre.

Le Service de santé au travail a publié au cours de l'année trois éditions du bulletin « Santé en têtes » à l'intention des milieux de travail de la région. Le plan d'organisation en santé au travail prévoit plus de 17 intervenants à l'équipe d'intervention, soit six techniciens en hygiène industrielle, neuf infirmières et 2,4 médecins.

1. Les ententes de gestion signées avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour l'année 2010 limitent les interventions du réseau public de santé au travail aux entreprises des secteurs d'activité identifiés par la CSST.

MALADIES INFECTIEUSES

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET AUTRES SIGNALEMENTS

Au cours de l'année 2010, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a enregistré au fichier provincial 324 MADO d'origine infectieuse, comparativement à 369 en 2009. La chlamydiose génitale représente à elle seule 72,8 % des MADO déclarées (annexe B).

MALADIES ENTÉRIQUES

- Depuis deux ans, le nombre de cas de maladies entériques a légèrement diminué et représente, comme en 2009, 15 % des MADO déclarées.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

- Au plan régional, le nombre de cas de chlamydiose génitale a diminué de 6 %, passant de 250 cas déclarés en 2009 à 235 en 2010. Alors qu'une tendance à la baisse de la proportion des cas déclarés chez les autochtones a été observée entre 2008 et 2009, elle s'est stabilisée en 2010 (35,5 %).
- Le nombre de cas d'infection gonococcique est en augmentation sur la Côte-Nord. Alors qu'aucun cas n'avait été rapporté en 2006, une moyenne de six cas est rapportée depuis 2007.
- Sept nouveaux cas d'hépatite C ont été déclarés en 2010.
- Deux cas de syphilis primaire ont été déclarés en 2010 tout comme en 2009.

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

- Coqueluche : Deux cas ont été déclarés en 2010 dont un cas confirmé par laboratoire chez un enfant d'un an qui ne présentait aucun retard dans son calendrier vaccinal.
- Infection invasive à *pneumocoque* : En 2010, sur les seize cas enregistrés, quatre (25 %) concernaient des enfants âgés de moins de cinq ans comparativement à un en 2009.

AUTRES MADO

- Infection invasive à *Streptocoque* du groupe A : Trois cas ont été déclarés en 2010 comparativement à sept en 2009.
- Tuberculose : Deux cas de tuberculose ont été déclarés en 2010 (six en 2009).
- Malaria : Un cas de malaria a été déclaré en 2010.

ÉCLOSIONS

- Gastroentérite virale : Au cours de l'année 2010, deux éclosions de gastroentérite virale survenues en milieu de soins de longue durée ont été signalées à la Direction de santé publique.
- Infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) : Une éclosion d'IVRS est survenue dans un milieu scolaire de la région.
- Diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) : Aucune éclosion de DACD n'a été signalée en 2010.

MORSURES ANIMALES

En 2010, la Direction de santé publique a reçu 31 signalements de morsures animales, comparativement à 33 en 2009. La majorité des morsures (93,5 %) a été causée par des animaux domestiques (chien, chat, hérisson, hamster). Une chauve-souris et un renard ont été impliqués dans les autres événements. Une prophylaxie post-exposition a été recommandée à dix des 32 personnes exposées.

VACCINATION

REDDITION DE COMPTES

Objectif	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel qu'il est prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

Indicateur	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib[2] à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	56,8 %	75 %	75,6 %
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	46 %	75 %	51 %
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	60 %	75 %	77,9 %

Commentaires

La situation des retards dans la prise de rendez-vous prive les enfants d'une protection efficace à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Afin d'assurer qu'une population vulnérable ne soit pas indûment exposée à un risque de maladie sérieuse évitable par la vaccination, il importe que le rendez-vous soit donné dans la semaine qui suit l'âge prévu au calendrier vaccinal. Précisons que, sur la Côte-Nord, 100 % des vaccins utilisés pour l'immunisation de base sont administrés par le personnel infirmier (vaccinateurs) œuvrant dans les CSSS et les centres de santé innus de la région.

Plusieurs raisons ont été invoquées pour expliquer ces retards, entre autres, l'alourdissement de la tâche des infirmières, la pénurie de personnel qualifié, les difficultés à réorganiser les services en CLSC à la suite de l'intégration des nouveaux programmes de vaccination, la réorganisation du réseau par la création des CSSS et le manque de ressources financières.

À la suite de ces constats et afin d'assurer la protection adéquate d'une population vulnérable, trois indicateurs de gestion ont été développés et sont suivis depuis quelques années. Rappelons qu'il s'agit d'un résultat de performance de service et non d'un résultat de couverture vaccinale puisque, sur la Côte-Nord, plus de 93 % des enfants de deux ans ont reçu tous les vaccins prévus au calendrier régulier de vaccination, sauf pour la varicelle.

En 2010-2011, on note une amélioration significative des résultats. Au plan régional, les résultats obtenus atteignent la cible pour les deux indicateurs concernant la vaccination à l'âge de deux mois (DCaT-Polio-Hib et pneumocoque). Au plan local, il importe de souligner les efforts des établissements pour améliorer leur offre de service (ex. : augmentation des plages horaires, centralisation, informatisation ou confirmation des rendez-vous, relance) puisque, dans l'ensemble, la majorité d'entre eux enregistre une hausse de leur taux. De plus, quatre CSSS atteignent ou dépassent l'objectif de 75 % pour la vaccination DCaT-Polio-Hib et cinq pour la vaccination contre le pneumocoque.

Cependant, la cible n'est pas atteinte dans le cas de la vaccination contre le méningocoque à l'âge de douze mois. Certains établissements mentionnent qu'à cet âge, considérant le fait que le calendrier vaccinal prévoit l'administration de trois vaccins, certains parents préfèrent reporter une injection et revenir pour compléter la vaccination. Parfois, certains rendez-vous doivent être retardés à la demande des parents ou sont parfois oubliés. Des difficultés sont également notées concernant la vaccination dans les petites municipalités où la vaccination n'est pas offerte à toutes les semaines.

Au cours de la prochaine année, les CSSS mettront en place ou consolideront les activités prioritaires prévues au *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec* élaboré par l'INSPQ :

1. Rappel à tous les parents de nouveau-nés de prendre le rendez-vous de vaccination à deux mois et la prise du rendez-vous
2. Relance des enfants non vaccinés à l'âge de deux mois à la suite du rendez-vous manqué
3. Ajout de plages horaires
4. Rappel en 4e année du primaire pour formulaires non signés et relance pour enfants non vaccinés (formulaires signés)

Ces activités devraient permettre d'améliorer les objectifs de couverture vaccinale et diminuer les retards dans le calendrier de vaccination des enfants.

2. Vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, et l'infection à *Haemophilus influenzae* de type b.

COUVERTURE VACCINALE

Plus de 93,2 % des enfants âgés de deux ans ont reçu tous les vaccins prévus au calendrier régulier d'immunisation. Rappelons que l'objectif visé est de 95 %.

En milieu scolaire, la couverture vaccinale a été évaluée pour les jeunes de la maternelle, de la 4e année du primaire et de 3e secondaire. Plus de 94 % de ces jeunes sont adéquatement vaccinés pour leur âge, sauf pour les infections à méningocoque en 4e année (53,3 %) et la varicelle (90 %). Pour le méningocoque, les taux inférieurs à l'objectif visé de 95 % s'expliquent par le fait que la définition d'une vaccination adéquate pour l'âge a été modifiée récemment, ce qui fait que les enfants vaccinés avant l'âge d'un an (au moment de la campagne de vaccination massive contre les infections à méningocoque en 2001) ne sont plus considérés adéquatement vaccinés. Pour la varicelle, ce taux de vaccination plus faible peut s'expliquer par le fait que plusieurs formulaires de consentement à la vaccination ne sont pas retournés aux infirmières par les parents des jeunes du primaire et du secondaire.

Le programme de vaccination contre l'hépatite B en 4e année du primaire est en vigueur depuis 1994. Plus de 91,4 % des élèves ont reçu les deux doses prévues au calendrier vaccinal (objectif : 90 %).

Enfin, concernant le programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) offert aux filles, plus de 87 % des jeunes filles de la 4e année (objectif : 90 %) et 82,9 % de celles de 3e secondaire (objectif : 85 %) ont accepté la vaccination offerte.

VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA SAISONNIÈRE

En 2010, la campagne de vaccination menée par les établissements du réseau de santé nord-côtier a permis d'administrer près de 22 160 doses de vaccin contre l'influenza saisonnière. Pour la première année, les personnes qui résident dans des localités ou des communautés isolées et éloignées ont été incluses dans les clientèles cibles du programme de vaccination en raison de l'accès difficile aux services de santé. Ainsi, le vaccin a été offert gratuitement à toute la population des territoires de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord, de Fermont, de Schefferville et de Kawawachikamach.

L'évaluation de la couverture vaccinale révèle que 93,6 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée (93,4 % l'an dernier), 51,2 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en milieu ouvert (44,7 % l'an dernier) et 54,8 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés cette année (41,7 % l'an dernier). Pour les personnes vivant dans les territoires isolés ou éloignés, on estime que 28 % de l'ensemble de cette population a reçu le vaccin. L'objectif visé est de 80 %.

MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES À LA SUITE D'UNE VACCINATION

Au cours de l'année 2010, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a reçu 59 « Rapports de manifestations cliniques survenues après une vaccination » comparativement à 100 en 2009. De ces déclarations, 40 événements ont été retenus et les informations ont été transmises au fichier provincial de surveillance. La majorité des manifestations présentées était bénigne et s'est résolue progressivement. À noter que près de 50 000 doses de vaccin sont administrées annuellement sur la Côte-Nord.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE - INFECTIONS NOSOCOMIALES

REDDITION DE COMPTES

Objectif | Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateur	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
1.1.11 L'établissement a atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 100 % (5/5)	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 100 % (5/5)	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 100 % (5/5)

Commentaires

La deuxième phase de consolidation des postes d'infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) dans les CSSS de la région a été complétée en 2009. L'attribution de seuils minimaux globaux permet une couverture adéquate de toutes les missions de l'établissement et assure une organisation de services optimale. À noter que les ratios ainsi rehaussés dépassent les recommandations émises par le comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) et la Table nationale de prévention des infections nosocomiales (TNPIN).

Depuis 2005, l'Agence a soutenu la participation des infirmières en PCI à la formation de base offerte par l'INSPQ. Cette formation a été transférée à l'Université de Sherbrooke et favorise la mise à niveau de l'expertise des équipes en place afin de faciliter le contrôle des situations problématiques. Compte tenu du haut taux d'attrition des ressources dans les établissements de la région, un suivi constant est assuré par l'Agence afin de permettre aux nouvelles infirmières en poste de bénéficier de cette mise à niveau indispensable.

Postes actuels d'infirmières en PCI (ETC) dans les CSSS de la Côte-Nord

Établissement	Ratio 2010-2011
CSSS de la Haute-Côte-Nord	0,6
CSSS de Manicouagan	2,0
CSSS de Port-Cartier	0,3
CSSS de Sept-Îles	2,0
CSSS de la Minganie	0,6
CSSS de la Basse-Côte-Nord	0,6
CSSS de l'Hématite	0,2
Total	**6,3**

REDDITION DE COMPTES			
Objectif	Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis.		
Indicateur	**Résultat 2009-2010**	**Cible 2010-2011**	**Résultat 2010-2011**
1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	CHSGS 50 % (1/2) CSSS 0 % (0/4)	100 %	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 75 % (3/4)
1.1.18 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	CHSGS 50 % (1/2) CSSS 0 % (0/4)	100 %	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 25 % (1/4)

Commentaires

Comité de prévention des infections (CPI)

Un comité de prévention des infections est fonctionnel dans les deux CHSGS et trois CSSS. Des démarches sont en cours dans l'autre établissement où le comité sera fonctionnel au cours de l'automne 2011. Le CSSS de Port-Cartier ne possède aucun lit de soins aigus et n'est pas visé par cet indicateur. Un suivi est néanmoins assuré par la Direction de santé publique dans le cadre du Plan d'action en PCI 2008-2011 et permet de confirmer qu'un CPI fonctionnel est en place dans cet établissement.

Programme de prévention des infections

Les deux CHSGS ainsi qu'un CSSS possèdent un programme de PCI structuré et adopté par le conseil d'administration. Pour les trois autres CSSS, le programme sera adopté en juin et en septembre 2011. Le CSSS de Port-Cartier ne possède aucun lit de soins aigus et n'est pas visé par cet indicateur. Un suivi est néanmoins assuré par la Direction de santé publique dans le cadre du Plan d'action en PCI 2008-2011 et permet de confirmer qu'un programme de PCI sera adopté à l'automne dans cet établissement.

Établissement	Comité de prévention des infections (CPI)	Programme de PCI
CSSS de la Haute-Côte-Nord	Conforme	Adoption prévue le 15 juin 2011
CSSS de Manicouagan	Conforme	Adopté
CSSS de Sept-Îles	Conforme	Adopté
CSSS de la Minganie	Conforme	Adopté
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Conforme	Adoption prévue le 1er juin 2011
CSSS de l'Hématite	1re rencontre prévue en octobre 2011	Adoption prévue en septembre
CSSS de Port-Cartier[3]	Conforme	Adoption prévue à l'automne 2011

ORDONNANCE COLLECTIVE POUR LE TRAITEMENT DE LA PÉDICULOSE

La Direction de santé publique de la Côte-Nord, en collaboration avec le comité régional sur les services pharmaceutiques, a procédé à l'élaboration d'une ordonnance collective pour le traitement de la pédiculose qui est en vigueur depuis le 1er octobre 2010. Dorénavant, les pharmaciens de la Côte-Nord peuvent appliquer cette ordonnance, ce qui permet le remboursement des produits sans visite médicale.

FORMATION

Une formation intitulée *Virus de l'hépatite C : Pour une prise en charge en réseau des personnes infectées* a eu lieu à Baie-Comeau et Sept-Îles à l'automne 2010 et a rejoint 31 professionnels de la santé.

3. Le CSSS de Port-Cartier ne possède aucun lit de soins aigus et n'est pas visé par cet indicateur.

BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE

Au cours de l'année, le Service des maladies infectieuses a produit et publié quatre bulletins « Contamine-Action ». Ces bulletins sont disponibles sur le site Web de l'Agence.

SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Les activités de surveillance et d'évaluation réfèrent, d'une part, à la production et à la diffusion d'études et d'évaluations en santé publique et, d'autre part, à une assistance conseil tant à l'interne qu'auprès du réseau de la santé et des services sociaux.

Parmi les principales réalisations de l'année, mentionnons :

- Poursuite des travaux en vue de la réalisation de la quatrième enquête de santé régionale « Enquête Santé Côte-Nord » :
  - Soumission du devis de recherche au comité d'éthique de santé publique du Québec en vertu des dispositions de la Loi sur la santé publique;
  - Consultation des CSSS et des professionnels de l'Agence au regard des thèmes et des indicateurs à inclure dans l'enquête;
  - Élaboration du questionnaire final;
  - Rédaction des différents documents d'appels d'offres publics en vue de sélectionner une firme de sondage pour rejoindre au hasard 3 600 personnes résidant sur le territoire nord-côtier;
  - Sélection de la firme de sondage parmi les offres de service reçues (Léger Marketing).
- Mise à jour de plusieurs fichiers du système d'information de surveillance de l'état de santé de la population nord-côtière (naissances, décès, Med-Écho (admissions hospitalières), tumeurs, mortinaissances).
- Mise à jour de diverses informations démographiques et sociosanitaires en vue de produire un registre d'indicateurs de santé et de bien-être de la population nord-côtière et, pour certains indicateurs, de la population des territoires de réseaux locaux de services de santé.
- Pilotage régional du système d'information Intégration CLSC et assistance conseil en lien avec les données issues de ce dernier (ex. : formation, plan d'accès DP-DI-TED, ententes de gestion et d'imputabilité, etc.).
- Assistance conseil et réalisation de demandes *ad hoc* en surveillance ou évaluation formulées par des professionnels de l'Agence et les établissements du réseau nord-côtier (ex. : proposition d'une étude sur les services dédiés aux jeunes enfants et leur famille, participation aux travaux d'un comité scientifique sur le développement social et des communautés, etc.).
- Gestion régionale du Programme de subventions en santé publique (PSSP) permettant le financement d'études et d'analyses en santé publique.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

REDDITION DE COMPTES

Objectif Améliorer la gestion de la présence au travail et la disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateur	Résultat 2009-2010	Cible 2010-2011	Résultat 2010-2011
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,78 %	7,53 %	8,38 %
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier (TCR) pour les infirmières tel que mesuré à partir de la structure de postes des établissements	52,24 %	60 %	65,4 %
3.5.1 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	8,14 %	7,92 %	8,36 %
3.5.2 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau		4,47 %	4,81 %
3.6.1 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	4,08 %	3,87 %	4,72 %
3.6.2 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires		1,51 %	3,47 %
3.6.3 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires		1,21 %	0,91 %

Commentaires

Indicateur 3.1
La cible régionale, pour le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées, n'est pas atteinte avec un écart de 0,85 %. Trois établissements sur neuf atteignent leur cible, comparativement à six l'année précédente.

Indicateur 3.4
Pour cet indicateur, la cible régionale de 60 % de postes à temps complet régulier a été atteinte. Trois établissements sur six ont réalisé leur objectif. Les établissements suivants ne sont pas concernés par cet indicateur n'ayant pas 20 infirmières en équivalent temps complet en date du 31 mars 2008 : le CPRCN, le CSSS de l'Hématite et le CLSC Naskapi.

Indicateur 3.5.1
La cible régionale de cet indicateur n'a pas été atteinte avec un écart de 0,44 %. Seulement deux établissements sur huit ont atteint leur cible, soit le même résultat que l'année précédente.

Indicateur 3.5.2
Pour ce qui est du personnel du réseau, la cible régionale n'a pas été atteinte avec un dépassement de 0,34 %. Trois établissements sur huit l'ont atteint.

Indicateur 3.6.1
Le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières n'a pas atteint la cible régionale avec un résultat de 4,72 %, donc un écart défavorable de - 0,85 %. Quatre établissements sur sept ont atteint leur cible, comparativement à l'an dernier où il y a eu seulement deux établissements.

Indicateur 3.6.2
La cible régionale n'a pas été atteinte avec un résultat dépassant de 1,96 % la cible. Quatre établissements sur sept ont atteint leur cible.

Indicateur 3.6.3
La cible régionale pour le recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires a été atteinte. Six établissements sur sept ont atteint leur cible.

MESURES DE CONTRÔLE

La formation concernant les mesures de contention s'est poursuivie en 2010-2011 dans le but d'avoir formé 66 % des professionnels l'an prochain.

QUALITÉ DES SERVICES

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Tous les établissements de la Côte-Nord, sauf le CLSC Naskapi, complètent les formulaires visant à déclarer tout événement ou situation non souhaité, redouté ou indésirable qui a causé, ou aurait pu causer, des dommages à la santé des usagers ou de tiers. Les données enregistrées servent à alimenter le registre national.

L'Agence a participé, tout au long de l'année, aux échanges visant la mise à niveau de la plateforme informatique dans ce dossier. Les travaux permettront la création du registre national des accidents et incidents. Ce registre devrait être réalisé l'an prochain.

AGRÉMENT

L'agrément constitue la reconnaissance par une autorité externe compétente qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction des meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services. En participant au programme d'agrément, un organisme démontre clairement sa volonté d'offrir des soins et des services de qualité ainsi que son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

Les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles ont été agréés en 2010-2011. Les CSSS de la Haute-Côte-Nord, de Port-Cartier et de la Minganie ont demandé que leur visite d'agrément soit reportée afin de laisser suffisamment de temps à la préparation de ces visites. Entre-temps, les démarches d'amélioration se poursuivent dans l'ensemble des établissements.

SUIVI DES RAPPORTS DU CORONER

Au cours de l'année, les coroners ont émis des recommandations dans leurs rapports d'enquête et fait part de certaines attentes envers le réseau de la santé.

En 2010-2011, l'Agence a entrepris les démarches suivantes :

- À la suite du rapport d'investigation du coroner Arnaud Samson relativement à un décès survenu en 2009, l'Agence de la Côte-Nord et le CSSS de Manicouagan ont mis sur pied un comité conjoint et un plan d'action sur le suivi des listes d'attente dans les secteurs diagnostiques.
- Pour répondre à la recommandation du coroner Alexandre Crich, à la suite d'un décès survenu en 2009 et à la demande du MSSS, l'Agence a transmis aux médecins-chefs des services et département

d'urgence des établissements de la Côte-Nord des recommandations sur la procédure d'installation des aiguilles intra-osseuses.

- En réponse à une lettre du coroner en chef, docteure Louise Nolet, l'Agence a acheminé différentes informations sur les mesures mises en place depuis quelques années visant à prévenir le suicide.

PRIX D'EXCELLENCE

Les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont une tradition depuis déjà 30 ans. Le MSSS veut ainsi remercier de façon spéciale les personnes dont les réalisations améliorent de façon significative les services et les soins offerts à la population québécoise. La Côte-Nord a remporté un prix cette année. Le projet soumis par l'Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan dans la catégorie « Impact sur la communauté » a été récompensé. Fondée en 1994, l'association offre divers services et des activités pour soutenir ses membres et contrer leur isolement social. En plus de leur offrir du soutien, elle voit à leur sécurité, à la défense de leurs droits et les accompagne dans diverses démarches. L'Association fait également de la sensibilisation auprès des proches, de la population et des décideurs publics à la réalité de ces personnes dont l'acuité visuelle est diminuée de façon importante ou qui sont privées de la vue.

Attribuer les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux est une façon de dire merci aux femmes et aux hommes dont la passion fait vivre le réseau de la santé et des services sociaux. À travers le flot des activités quotidiennes, leurs idées et leur détermination à faire les choses autrement méritent d'être reconnues.

TRAITEMENT DES PLAINTES

Le régime d'examen des plaintes se veut un des outils pour améliorer la qualité des services et assurer le respect des droits des usagers.

Pour l'année 2010-2011, 206 plaintes ont été acheminées aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services (local et régional) et 40 plaintes ont été adressées aux médecins examinateurs.

Au 31 mars 2011, quinze plaintes étaient toujours en voie de traitement par les commissaires et quinze autres par les médecins examinateurs.

Tableau 21 - Bilan global des dossiers de plaintes traités par les commissaires

Établissement	Reçue durant l'exercice 2010-2011	En voie de traitement au 31 mars 2011
CSSS de la Haute-Côte-Nord	35	4
CSSS de Manicouagan	52	2
CSSS de Port-Cartier	10	1
CSSS de Sept-Îles	62	3
CSSS de la Minganie	9	0
CSSS de la Basse-Côte-Nord	23	2
CSSS de l'Hématite	2	0
CPRCN	12	2
Agence	1	1
TOTAL	**206**	**15**

Le rapport annuel sur l'application de la procédure de traitement des plaintes de la région Côte-Nord permet aux usagers de prendre connaissance des activités des médecins examinateurs et des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de chaque établissement.

RÉALITÉS MASCULINES

Dans le cadre des mesures en santé et bien-être des hommes, un financement récurrent de 44 000 $ a été accordé à Homme Aide Manicouagan pour soutenir le fonctionnement de l'organisme. De plus, un montant de 3 000 $ a été versé respectivement à Hommes Sept-Îles ainsi qu'à Hom'asculin Port-Cartier. Rappelons que ces trois organismes travaillent auprès des hommes qui éprouvent des difficultés peu importe la problématique vécue.

En ce qui a trait à la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines, les membres ont réalisé plusieurs représentations lors d'événements tels que des colloques d'envergure nationale et internationale. De plus, il y a eu la réalisation d'un chapitre concernant la Table à l'intérieur du livre « Regards sur les hommes et les masculinités. Comprendre et intervenir », édité par les Presses de l'Université Laval.

ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

L'Agence doit élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région. À la demande du ministre, l'Agence a procédé à la mise à jour complète de son programme au cours de l'année 2010-2011. Ce dernier a été introduit dans la région en 1989 et vise à faciliter l'accessibilité aux services à la population d'expression anglaise de la Côte-Nord.

Un projet régional intitulé « Vaincre la barrière de la langue pour offrir des services de qualité à tous » s'est poursuivi pour la deuxième année consécutive afin d'améliorer l'offre de service en langue anglaise pour les établissements desservant une clientèle anglophone. Une somme de 275 000 $ a été attribuée à la région sur une période de quatre ans. Une ressource a été embauchée au CSSS de Sept-Îles afin d'agir comme interprète dans l'est de la région et soutenir la relation client dans cet établissement. Ce projet permettra d'améliorer les services en langue anglaise au sein des établissements qui desservent régulièrement une clientèle anglophone, soit les CSSS de Sept-Îles et de la Basse-Côte-Nord et le CPRCN. Dans le cadre de ce projet, plusieurs traductions de documents en anglais ont aussi été réalisées.

En vertu du Programme de formation linguistique de l'Université McGill, financé par Santé Canada, des formations en langue anglaise ont été offertes auprès du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Quatre groupes ont été formés pour un total de 30 personnes.

CHAPITRE III

LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'équilibre budgétaire des établissements demeure un objectif prioritaire pour l'Agence. Un suivi est effectué tout au cours de l'exercice, en collaboration avec les établissements, pour réaliser cet objectif commun. La cible budgétaire déficitaire pour la Côte-Nord reste la même cette année que lors de l'exercice financier 2009-2010, soit 851 998 $.

Quatre établissements étaient visés par une cible déficitaire spécifique pour l'exercice 2010-2011. Il s'agit des CSSS de la Minganie, de Manicouagan et de Sept-Îles et du CLSC Naskapi. Les autres établissements ont l'obligation d'atteindre l'équilibre budgétaire.

Un seul établissement de la région n'a pas été en mesure de respecter l'objectif d'équilibre ou de respect de la cible déficitaire pour l'exercice financier 2010-2011.

Le tableau qui suit témoigne des résultats finaux obtenus pour chaque établissement.

Tableau 22 - Situation budgétaire des établissements

	2010-2011			2009-2010		
	REVENU TOTAL ($)	CIBLE DÉFICITAIRE AUTORISÉE ($)	RÉSULTAT ($)	REVENU TOTAL ($)	CIBLE DÉFICITAIRE AUTORISÉE ($)	RÉSULTAT ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	19 329 768		46 356	19 558 116		(12 314)
CSSS de Manicouagan	73 727 704	(120 000)	(486 560)	72 413 101		(368 183)
CSSS de Port-Cartier	13 576 495		35 344	13 607 556		236 953
CSSS de Sept-Îles	71 501 187	(120 000)	(90 000)	69 869 130		96 692
CSSS de la Minganie	21 110 305	(358 000)	(240 664)	21 239 073	(358 000)	(688 667)
CSSS de la Basse-Côte-Nord	29 289 250		1 241 457	28 638 642		(322 096)
CSSS de l'Hématite	8 326 378		37 539	8 185 821		(85 473)
CLSC Naskapi	4 833 748	(253 998)	(86 873)	4 455 383	(253 998)	(77 087)
CPRCN	49 162 598		170 050	49 087 824		60 488
TOTAL	**290 857 433**	**(851 998)**	**626 649**	**287 054 646**	**(611 998)**	**(1 159 687)**
Cible non distribuée					**(240 000)**	
Cible totale autorisée par le MSSS		**(851 998)**			**(851 998)**	

FONDS RÉGIONAUX

IMMOBILISATIONS

Les investissements en immobilisations se répartissent en trois volets.

MAINTIEN D'ACTIFS

Ce volet concerne les travaux de sécurité, de réparation et de vétusté ayant pour objet la sécurité des personnes et des biens ainsi que la conservation des immeubles. Ces travaux ponctuels sont financés par l'enveloppe régionale récurrente de maintien d'actifs immobiliers. Le maintien d'actifs porte plus particulièrement sur l'architecture extérieure et intérieure du bâtiment, les systèmes électriques et mécaniques ainsi que la conformité aux codes.

Pour les projets de maintien d'actifs, un montant de 8 064 145 $ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2010-2011.

Tableau 23 - Répartition du volet « maintien d'actifs »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	652 627
CSSS de Manicouagan	1 702 795
CSSS de Port-Cartier	218 227
CSSS de Sept-Îles	1 544 418
CSSS de la Minganie	640 596
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 558 280
CSSS de l'Hématite	349 517
CLSC Naskapi	
CPRCN	390 206
Agence	201 065
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	806 414
TOTAL	**8 064 145**

De plus, les établissements suivants ont reçu une contribution de la réserve régionale 2010-2011 établie à 10 % de l'enveloppe.

Tableau 24 - Répartition de la réserve régionale 2010-2011 - Volet « maintien d'actifs »

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de Manicouagan	Projet de réaménagement du Centre mère-enfant	111 000
CSSS de Sept-Îles	Installation des équipements de télépathologie	30 000
CLSC Naskapi	Part de base pour l'établissement	42 200
TOTAL		**183 200**

RÉNOVATION FONCTIONNELLE

Ce volet touche les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services, la création de milieux de vie et de soins, la diminution des infections nosocomiales.

Pour les projets de rénovation fonctionnelle, un montant de 2 989 207 $ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2010-2011.

Tableau 25 - Répartition du volet « rénovation fonctionnelle »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	124 216
CSSS de Manicouagan	303 518
CSSS de Port-Cartier	51 328
CSSS de Sept-Îles	327 078
CSSS de la Minganie	134 704
CSSS de la Basse-Côte-Nord	332 483
CSSS de l'Hématite	82 208
CLSC Naskapi	
CPRCN	91 778
Agence	47 291
Frais de gestion	75 000
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour priorités régionales)	1 419 603
TOTAL	**2 989 207**

De plus, les établissements suivants ont reçu une contribution de la réserve régionale établie à 50 % de l'enveloppe.

Tableau 26 - Répartition de la réserve régionale 2010-2011 - Volet « rénovation fonctionnelle »

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de Manicouagan	Projet de réaménagement du Centre mère-enfant	192 000
CSSS de Sept-Îles	Installation des équipements de télépathologie	20 250
	Installation des cabinets de distribution à l'urgence	50 000
	Installation d'un appareil d'échographie - PQDCS	50 000
	Réaménagement pour l'implantation d'un centre d'hémodialyse	109 000
CSSS de la Minganie	Rénovation et relocalisation du laboratoire	250 000
CLSC Naskapi	Part de base pour l'établissement	9 811
TOTAL		**681 061**

RÉNOVATION FONCTIONNELLE MINEURE EN CHSLD

Ce volet vise les travaux mineurs de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement permettant d'améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services ainsi que la création de milieux de vie et de soins en CHSLD.

Dans le cadre de ce programme, le MSSS a autorisé un montant de 354 000 $. En lien avec les recommandations effectuées à la suite des visites d'appréciation en CHSLD, l'Agence a priorisé les projets suivants :

- Aménagement d'une cour extérieure;
- Aménagement de salles de bain ou de douche;
- Aménagement d'une chambre de soins palliatifs;
- Aménagement d'un fumoir;
- Installation de leviers sur rail au plafond;
- Installation de barres d'appui.

La répartition se détaille comme suit.

Tableau 27 - Répartition du volet « rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	51 000
CSSS de Manicouagan	177 000
CSSS de Port-Cartier	15 000
CSSS de Sept-Îles	90 000
CSSS de la Minganie	21 000
TOTAL	**354 000**

ÉQUIPEMENTS

Les investissements en équipements se répartissent en deux volets.

ENVELOPPE DE MAINTIEN D'ACTIFS 2010-2011

Pour les équipements, on définit le maintien d'actifs comme étant un investissement ponctuel pour permettre, à l'établissement, de continuer à offrir le même niveau de services à la population. Concrètement, cette enveloppe permet aux établissements de procéder au remplacement ou au rehaussement du mobilier, de l'équipement non médical et de l'équipement médical.

Dans le cadre de son Plan de conservation en équipement et mobilier (PCEM), le MSSS alloue de façon récurrente, à l'Agence, une enveloppe pour le volet « équipement médical » et une enveloppe pour le volet « équipement non médical et mobilier », visant le maintien du parc de tous les établissements publics de la région.

Le MSSS a ainsi confirmé, pour 2010-2011, des enveloppes qui sont respectivement de 3 669 764 $ pour l'équipement médical et de 1 015 652 $ pour l'équipement non médical et mobilier.

Conformément aux directives du MSSS, un minimum de 90 % de l'enveloppe pour le volet « équipement médical » et de 95 % pour le volet « équipement non médical et mobilier » doit être distribué aux établissements publics de la région, au prorata de la valeur de remplacement de leurs actifs. Par conséquent, comme il est permis, l'Agence a donc constitué, à même les soldes résiduels de ces deux enveloppes, deux réserves en vue de pourvoir à des problématiques particulières à cet égard.

Le financement disponible cette année pour constituer la réserve du volet « équipement médical » était de 386 291 $, tandis que celui pour la réserve du volet « équipement non médical et mobilier » était de 50 783 $.

Les tableaux suivants rendent compte de la répartition entre les établissements.

Tableau 28 - Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement médical »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	358 494
CSSS de Manicouagan	918 139
CSSS de Port-Cartier	92 042
CSSS de Sept-Îles	886 071
CSSS de la Minganie	347 988
CSSS de la Basse-Côte-Nord	361 952
CSSS de l'Hématite	261 980
CLSC Naskapi	20 397
CPRCN	36 410
Établissements de la Côte-Nord (réserve)	386 291
TOTAL	**3 669 764**

Tableau 29 - Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement non médical et mobilier »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	71 116
CSSS de Manicouagan	247 029
CSSS de Port-Cartier	42 130
CSSS de Sept-Îles	239 851
CSSS de la Minganie	76 948
CSSS de la Basse-Côte-Nord	86 302
CSSS de l'Hématite	25 403
CLSC Naskapi	6 957
CPRCN	169 133
Établissements de la Côte-Nord (réserve)	50 783
TOTAL	**1 015 652**

Le CSSS de Sept-Îles a reçu une contribution totale de 158 000 $ provenant de la réserve régionale pour l'équipement médical, soit 53 000 $ pour le financement de cinq moniteurs physiologiques à la salle de réveil et 105 000 $ pour divers équipements médicaux.

L'établissement a aussi reçu 171 170 $ provenant de la réserve régionale 2010-2011 et des années antérieures pour l'équipement non médical et mobilier. Cette somme a été affectée aux services alimentaires.

ENVELOPPE CONSOLIDATION DE SERVICE 2010-2011

Le financement en haute technologie du MSSS a été remplacé par un mode de financement défini dans le nouveau cadre de gestion. Pour la catégorie d'équipements sous la responsabilité de l'Agence, une enveloppe non récurrente pour la consolidation de service de 159 900 $ a été allouée.

Par définition, cette enveloppe vise l'ajout d'un appareil qui consolide, soutient ou stabilise une offre de service existante tout en ayant un faible impact sur le budget de fonctionnement, d'entretien et d'immobilisations et dont les coûts récurrents sont assumés par les établissements. Cette enveloppe ne concerne pas le remplacement et le rehaussement d'équipement. Cette année, le MSSS a demandé de porter une attention particulière aux besoins liés aux équipements de pathologie.

Pour ce volet, la répartition a été comme suit.

Tableau 30 - Répartition de l'enveloppe pour la consolidation de service

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de Manicouagan	Colorateur et monteur de lames	80 000
CSSS de Port-Cartier	Appareil d'hémoculture	13 500
CSSS de Sept-Îles	Plateaux d'ophtalmologie	35 900
CSSS de la Minganie	Appareil d'hémoculture	13 500
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Appareil d'hémoculture	13 500
CSSS de l'Hématite	Couverture chauffante	3 500
TOTAL		**159 900**

LOCATION D'ESPACE

Ce programme vise à permettre aux établissements non propriétaires d'immeubles de disposer d'espace en location pour offrir des services adéquats à la population. Il permet aussi de financer des travaux d'aménagement ou d'amélioration locative liés à un contrat de location. Une portion de l'enveloppe budgétaire sert aussi au financement du logement du personnel dans les villages isolés.

Depuis le 1er août 1996, les crédits nécessaires au financement de ces locations sont inclus dans l'enveloppe régionale, laquelle est répartie dans le budget de fonctionnement de chacun des établissements concernés.

De plus, comme l'obligation de loger le personnel découle strictement de l'application des conventions collectives, l'ensemble des opérations liées au logement du personnel ont été décentralisées vers les établissements.

Pour satisfaire aux obligations relatives à la location d'espace, un budget de 3 617 080 $ est nécessaire et il se répartit comme suit.

Tableau 31 - Répartition du budget de location d'espace

Établissement	Point de service et autres ($)	Logement de personnel ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	104 081	
CSSS de Manicouagan	23 573	
CSSS de Port-Cartier	27 881	
CSSS de Sept-Îles	2 947	
CSSS de la Minganie	146 726	156 258
CSSS de l'Hématite	16 022	501 567
CSSS de la Basse-Côte-Nord	102 885	984 054
CLSC Naskapi		212 586
CPRCN	1 308 623	29 877
TOTAL	**1 732 738**	**1 884 342**
GRAND TOTAL	**3 617 080**	

AUTORISATIONS D'EMPRUNTS

Dans le tableau qui suit figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le MSSS et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2011, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

Tableau 32 - Autorisations d'emprunts

Catégorie d'emprunt	Nombre d'autorisations d'emprunts temporaires en vigueur	Montant autorisé au 31 mars 2011 ($)	Montant réel emprunté au 31 mars 2011 ($)
Exploitation (autorisé par le MSSS)	4	18 000 000	15 198 961
Immobilisations - projets autofinancés (autorisé par l'Agence)	6	587 616	587 616
Immobilisations - projets autofinancés - économie d'énergie (autorisé par le MSSS)	3	4 337 811	4 228 274
TOTAL		**22 925 427**	**20 014 851**

Le montant maximal d'emprunts temporaires que l'Agence peut autoriser pour les dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation est de 1 210 000 $ (ce plafond ne concerne pas les projets d'économie d'énergie).

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

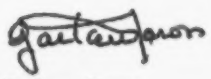
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Mallette, comptables agréés, a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Mallette, comptables agréés, peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général,



Gaétan Garon

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

MALLETTE

Mallette
SENCRL
Comptables agréés
229, boulevard Lasalle
Baie-Comeau (Québec) G4Z 1S7
Téléphone 418 296-9651
Télécopie 418 296-8454
Courriel info.bcomo@mallette.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux administrateurs de
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans résumés du fonds d'exploitation, des activités régionalisées, du fonds d'immobilisations et des fonds affectés cumulés au 31 mars 2011 et les états résumés des soldes de fonds et des résultats pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2011. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence.

Responsabilité de la direction pour les états financiers condensés

La direction est responsable de la préparation du résumé des états financiers audités.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers.

Mallette [1]

Mallette
SENCRL
Comptables agréés

Baie-Comeau (Québec)
le 5 septembre 2011

[1] CA auditeur permis No 9931

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

RÉSULTATS

FONDS D'EXPLOITATION — **Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS**

PRODUITS		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Subventions MSSS :					
▲ Budget signifié	01	5 985 520	5 971 524	72 000	72 000
▲ (Diminution) ou augmentation du financement	02	168 308	203 799		
▲ Variation des revenus reportés - MSSS	03	14 709		1 162	
▲ Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04	4 850	(32 505)		(15 386)
Total (L.01 à L.04)	05	6 173 387	6 142 818	73 162	56 614
Revenus de placements	06	17 783	8 049		
Revenus commerciaux	07				
Revenus d'autres sources :					
▲ Recouvrements	08	81 921	119 846		5 433
▲ Ventes de services	09				
▲ Subventions du gouvernement fédéral	10				
▲ Autres subventions	11				287 316
▲ Autres revenus	12	405 875	331 125	151 969	185 867
Total des produits (L.05 à L.12)	13	6 678 966	6 601 838	225 131	535 230
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	3 358 457	3 305 883	134 282	122 504
Avantages sociaux	15	1 008 835	1 145 964	23 423	23 449
Charges sociales	16	452 291	446 981	16 845	14 894
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses CA	17	138 929	234 466	11 077	17 869
Services achetés	18	473 048	561 587	38 927	43 193
Communications	19	145 090	150 653	577	201
Loyer	20	368 533	340 796		
Location d'équipement	21	30 180	38 139		
Fournitures de bureau	22	57 832	55 657		166
Transferts à des établissements	23				
Créances douteuses	24				
Autres frais	25	208 587	150 375		306 414
Transferts de frais généraux	26				
Charges extraordinaires	27			2 172	2 307
Total charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	6 241 782	6 430 501	227 303	530 997
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13-L.28)	29	437 184	171 337	(2 172)	4 233

Renseignements à titre informatif seulement					
Contributions de l'avoir propre et interfonds :					
En provenance de l'avoir propre	30				
En provenance de fonds affectés	31				
En provenance du fonds des activités régionalisées	32	11 086	11 908		
En provenance du fonds de stationnement	33				
Affectées au fonds d'immobilisations	34	(173 017)	(43 423)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610)	35				
Affectées à d'autres fonds	36				
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	275 253	139 822	(2 172)	4 233

RÉSULTATS

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES **Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS**

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	2 261 670	2 414 696
Variation des revenus reportés - MSSS	02	(643 804)	(528 112)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	03		(15 090)
Contributions des établissements	04		
Revenus de placements	05	21 512	11 055
Revenus d'autres sources :			
▲ Recouvrements	06	250 429	261 741
▲ Ventes de services	07		
▲ Subventions du gouvernement fédéral	08		
▲ Autres revenus	09	246 644	180 879
Total des produits (L.01 à L.09)	10	2 136 451	2 325 169
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	541 404	554 370
Avantages sociaux	12	125 246	119 795
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	26 624	
Charges sociales - autres	14	45 607	68 573
Frais de déplacement et d'inscription	15	68 603	72 090
Services achetés	16	573 723	619 400
Communications	17	9 349	13 319
Loyer	18		
Location d'équipement	19		2 693
Fournitures de bureau	20	21 460	42 890
Créances douteuses	21		
Autres charges	22	673 559	461 578
Transferts de frais généraux	23		
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.23)	24	2 085 575	1 954 708
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10-L.24)	25	50 876	370 461

Renseignements à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir propre et interfonds :			
En provenance de l'avoir propre	26		
En provenance du fonds d'exploitation	27	25 715	
En provenance du fonds des activités régionalisées	28		
En provenance de fonds affectés	29	44 719	
Affectées au fonds d'exploitation	30	(11 086)	
Affectées au fonds des activités régionalisées	31		
Affectées à des fonds affectés	32		
Affectées au fonds d'immobilisations	33	(18 102)	
Autres transferts interfonds	34		
Excédent (Déficit) après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.25 à L.34)	35	92 122	

RÉSULTATS

FONDS D'IMMOBILISATIONS — **Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS**

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
MSSS :			
▲ Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	552 877	784 216
▲ Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	1 179 823	1 381 802
Revenus de placements	03		
Gain sur disposition	04		
Amortissement des revenus reportés :			
▲ Contributions du gouvernement fédéral	05		
▲ Autres contributions et dons	06		
Autres revenus	07		
Total des produits (L.01 à L.07)	08	1 732 700	2 166 018
CHARGES			
Frais d'intérêts :			
▲ Corporation d'hébergement du Québec	09	2	437 425
▲ Financement Québec	10	1 181 467	954 060
▲ Société d'habitation du Québec	11		
▲ Autres	12	1 994	(4 679)
Dépenses non capitalisables financées à même les enveloppes décentralisées	13	75 000	203 653
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	14	1 716	1 062
Amortissement - Immobilisations détenues au 31 mars 2008	15	105 024	288 589
Amortissement - Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	16	483 616	329 331
Perte sur disposition d'immobilisations	17		
Autres charges	18		
Total des charges (L.09 à L.18)	19	1 848 819	2 209 441
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08-L.19)	20	(116 119)	(43 423)

Renseignements à titre informatif seulement : Contributions			
Contributions en provenance du :			
▲ Fonds d'exploitation - Activités principales	21	173 017	43 423
▲ Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	22		
▲ Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	23		
▲ Fonds des activités régionalisées	24	18 102	
▲ De fonds affectés	25		
▲ Fonds de stationnement	26		
Contributions affectées à d'autres fonds	27		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.20 à L.27)	28	75 000	

RÉSULTATS

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS — **Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS**

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
MSSS	01	15 299 880	14 208 216
Récupération par le MSSS (en déduction)	02		
Crédits régionaux	03		
Variation des revenus reportés - MSSS	04		
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	05		97
Revenus de placements	06	22 234	11 742
Revenus d'autres sources :			
▲ Subvention du gouvernement fédéral	07		
▲ Autres subventions	08		
▲ Autres revenus	09	1 854 701	1 681 758
Total des produits (L.01 à L.09)	10	17 176 815	15 901 813
CHARGES			
Établissements publics	11	896 153	424 476
Organismes	12	12 407	44 895
Intérêts sur emprunts	13		
Charges d'exploitation :			
▲ Salaires	14	50 366	14 750
▲ Avantages sociaux	15	10 590	50 152
▲ Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	16	2 675	
▲ Charges sociales - Autres	17	4 663	7 901
▲ Frais de déplacement et d'inscription	18	9 465	13 987
▲ Services achetés	19	28 988	57 100
▲ Location d'équipement	20	639	
▲ Fournitures de bureau	21	1 257	8 429
▲ Autres charges d'exploitation	22	67 960	17 555
Autres charges	23	16 066 955	14 785 065
Total des charges (L.11 à L.23)	24	17 152 118	15 424 310
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10-L.24)	25	24 697	477 503

SOLDE DE FONDS

FONDS D'EXPLOITATION **Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS**

		Exercice courant			Exercice précédent
		Activités principales 1	Avoir propre 2	Total (C.1 + C.2) 3	Total 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	129 260	270 355	399 615	243 737
Additions (déductions)					
ACTIVITÉS PRINCIPALES :					
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	02	437 184		437 184	171 337
Transferts interfonds (provenance) :					
▲ Contributions des fonds affectés	03				
▲ Contributions du fonds des activités régionalisées	04		11 086	11 086	11 908
▲ Contributions du fonds de stationnement	05				
Transferts interfonds (affectations) :					
▲ Contributions au fonds d'immobilisations	06		(173 017)	(173 017)	(43 423)
▲ Contributions à d'autres fonds	07				
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :					
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	08		(2 172)	(2 172)	4 233
Transferts interfonds (provenance) :					
▲ Contributions du fonds de stationnement	09				
Transferts interfonds (affectations) :					
▲ Contributions au fonds d'immobilisations	10				
▲ Contributions au fonds de stationnement (c-a 8610)	11				
▲ Contributions à d'autres fonds	12				
AUTRES ÉLÉMENTS :					
Libération de surplus	13				
Récupération de surplus	14				
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	15				
Autres	16		47 857	47 857	11 823
Variation de l'exercice (L.02 à L.16)	17	437 184	(116 246)	320 938	
Redressements demandés par le MSSS	18				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01+L.17+L.18)	19	566 444	154 109	720 553	399 615

SOLDE DE FONDS

FONDS D'IMMOBILISATIONS ET FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01			1 064 730	632 492
Additions (déductions)					
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(116 119)	(43 423)	50 876	370 461
Transferts interfonds (provenance) :					
▲ Contributions du fonds d'exploitation	03	173 017	43 423	25 715	25 715
▲ Contributions des activités régionalisées	04	18 102			58 094
▲ Contributions de fonds affectés	05			44 719	47 741
Transferts interfonds (affectations) :					
▲ Contributions au fonds d'exploitation	06			(11 086)	(11 908)
▲ Contributions au fonds des activités régionalisées	07				(58 094)
▲ Contributions à des fonds affectés	08				
▲ Contributions au fonds d'immobilisations	09			(18 102)	
Autres transferts interfonds	10				
Contribution de l'avoir propre aux autres fonds	11				
Autres additions (déductions)	12	(75 000)		21 656	230
Variation de l'exercice (L.02 à L.12)	13			113 778	432 239
Redressements demandés par le MSSS	14				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01+L.13+L.14)	15			1 178 508	1 064 731

SOLDE DES FONDS

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS — **Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS**

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 726 607	1 167 905
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	24 697	477 503
Transferts interfonds (provenance) :			
▲ Contributions du fonds d'exploitation	03		
▲ Contributions des activités régionalisées	04		
▲ Contributions de fonds affectés	05		
Transferts interfonds (affectations) :			
▲ Contributions au fonds d'exploitation	06		
▲ Contributions au fonds des activités régionalisées	07	(44 719)	(5 000)
▲ Contributions à d'autres fonds affectés	08		
▲ Contributions au fonds d'immobilisations	09		
Transferts interfonds	10		(42 741)
Autres additions (déductions)	11	3 636	128 941
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(16 386)	558 703
Redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01+L.12+L.13)	14	1 710 221	1 726 608

BILAN

FONDS D'EXPLOITATION ET FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
À court terme					
Encaisse	01	1 177 311	661 110	2 381 640	2 525 781
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
▲ MSSS	03	49 339	60 000	1 648 835	854 975
▲ Établissements publics	04	35 173	50 982	12 834	7 332
▲ Fonds d'exploitation	05			54 132	7 893
▲ Fonds des activités régionalisées	06		41 733		
▲ Fonds affectés	07			137	
▲ Autres	08	200 123	229 478	182 549	165 944
Charges payées d'avance	09	55 182	45 266	44 714	4 432
Autres éléments	10		8 129		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	1 517 128	1 096 698	4 324 841	3 566 357
À long terme Subvention à recevoir - Provision pour vacances et congés de maladie	12	578 221	573 371	59 635	59 636
Autres éléments d'actifs	13				
Total de l'actif (L.11 à L.13)	14	2 095 349	1 670 069	4 384 476	3 625 993
PASSIF					
À court terme Découvert de banque	15				
Emprunts temporaires	16				
Intérêts courus à payer	17				
Créditeurs et charges à payer :					
▲ MSSS	18				
▲ Établissements publics	19	1 713		42 965	17 550
▲ Fonds d'exploitation	20				42 639
▲ Fonds des activités régionalisées	21	54 132	7 893		
▲ Fonds affectés	22			125 000	
▲ Salaires courus à payer	23	236 963	83 200	9 741	9 675
▲ Fonds des services de santé (FSS) à payer	24	3 954			
▲ Autres	25	295 835	440 886	95 166	132 137
Revenus reportés - Gouvernement fédéral	26				
Autres revenus reportés	27	205 023	157 693	2 853 266	2 288 059
Provision pour vacances et congés de maladie	28	577 176	580 782	79 830	71 202
Autres éléments	29				
Total - Passif à court terme (L.15 à L.29)	30	1 374 796	1 270 454	3 205 968	2 561 262
Dettes à long terme	31				
Total du passif (L.30+L.31)	32	1 374 796	1 270 454	3 205 968	2 561 262
SOLDE DE FONDS	33	720 553	399 615	1 178 508	1 064 731
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.32+L.33)	34	2 095 349	1 670 069	4 384 476	3 625 993

BILAN

FONDS D'IMMOBILISATIONS — **Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS**

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01		
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	4 501 421	5 939 081
Débiteurs MSSS	04	165 028	99 304
Autres éléments	05	525 000	443 095
À long terme			
Immobilisations	06	2 033 743	2 306 436
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	07	23 206 268	25 134 155
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	08	40 133	25 490
Autres éléments d'actifs	09		
Total de l'actif (L.01 à L.09)	10	30 471 593	33 947 561
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	11		20 006
Emprunts temporaires	12	5 213 920	8 439 414
Intérêts courus à payer	13	165 028	93 832
▲ Financement Québec			
▲ Corporation d'hébergement du Québec	14		5 472
▲ Autres	15		
Salaires courus à payer	16		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	17		
Autres éléments	18		8 129
À long terme			
Revenus reportés - Gouvernement fédéral	19		
Autres revenus reportés	20	400 000	400 000
Provision pour vacances et congés de maladie	21		
Passifs environnementaux	22		
Dettes à long terme	23	24 692 645	24 980 708
Total du passif (L.11 à L.23)	24	30 471 593	33 947 561
SOLDE DE FONDS	25		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.24+L.25)	26	30 471 593	33 947 561

BILAN

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS — **Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS**

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	1 933 069	2 238 770
Placements temporaires	02		
Débiteurs :			
▲ MSSS	03	370 018	35 104
▲ MSSS - Subvention pour intérêts sur emprunts	04		
▲ Établissements publics	05		
▲ Fonds d'exploitation	06		
▲ Fonds des activités régionalisées	07		
	08		
▲ Autres	09	142 304	163 240
Charges payées d'avance	10		
Autres éléments	11		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.11)	12	2 445 391	2 437 114
À long terme			
Subvention à recevoir - Provision pour vacances et congés de maladie	13	11 088	11 088
Placements à long terme	14		
Total de l'actif (L.12 à L.14)	15	2 456 479	2 448 202
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	16		
Emprunts temporaires	17		
Intérêts courus à payer	18		
Créditeurs et charges à payer :			
▲ Établissements publics	19	272 995	436 363
▲ Organismes	20		40 000
▲ Fonds d'exploitation	21		
▲ Fonds des activités régionalisées	22	137	
	23		
▲ Salaires courus à payer	24		3 018
▲ Fonds des services de santé (FSS) à payer	25		
▲ Autres	26	404 860	223 605
Revenus reportés - MSSS	27	9 999	4 250
Revenus reportés - Gouvernement fédéral	28		
Autres revenus reportés	29	50 960	
Provision pour vacances et congés de maladie	30	7 307	14 358
Autres éléments	31		
Total du passif (L.16 à L.31)	32	746 258	721 594
SOLDE DE FONDS	33	1 710 221	1 726 608
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.32+L.33)	34	2 456 479	2 448 202

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2010-2011

Exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2010-2011 inscrit dans le système SBF-R	01	281 214 671	274 371 802
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	02	252 981 427	247 869 399
Allocations aux organismes communautaires	03	10 051 640	9 791 137
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	433 611	384 238
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R **(L.02 à L.04)**	05	263 466 678	258 044 774
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	16 175 086	13 594 517
Autres	07	3 600	2 400
Total (L.05 à L.07)	08	279 645 364	271 641 691
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01-L.08)	09	1 569 307	2 730 111
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics			
▲ Comptes à payer signifiés	10	(522 731)	589 981
▲ Comptes à payer non signifiés	11	8 678	7 675
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics			
▲ Comptes à payer signifiés	12	1 678 068	1 658 537
▲ Comptes à payer non signifiés	13		
Total des comptes à payer inscrit en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	1 164 015	2 256 193
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	405 292	
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09-L.14-L.15)	16		473 918

Information additionnelle			
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	17	3 060 235	954 010
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17	18	2 892 841	929 010

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2011

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

CHANGEMENT DE RÉFÉRENTIEL COMPTABLE

En décembre 2010, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public, de se conformer soit au *Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public* avec les chapitres SP 4200 à SP 4270, soit au *Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public* (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1er janvier 2012.

À la demande du MSSS, l'Agence a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel du 31 mars 2011.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'Agence est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Au 31 mars 2010, le rapport financier annuel avait été établi conformément aux conventions comptables énoncées au Manuel de gestion financière (MGF) publié par le MSSS, lesquelles s'appuyaient sur les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le changement de référentiel comptable n'a eu aucune autre incidence sur les résultats de l'exercice précédent.

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

CONVENTIONS COMPTABLES

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

UTILISATION D'ESTIMATIONS

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

COMPTABILITÉ D'EXERCICE

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

COMPTABILITÉ PAR FONDS

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation : Fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds des activités régionalisées : Fonds regroupant les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs.
- Le fonds d'immobilisations : Fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.
- Les fonds affectés : Fonds constitués de subventions provenant principalement du MSSS. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont attribuées.

IMMOBILISATIONS

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile.

Catégorie	Durée (avant le 1er avril 2008)	Durée (après le 1er avril 2009)
Améliorations locatives	10 ans	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Développement informatique	5 ans	5 ans
Équipement informatique	3 ans	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans	Sans objet
Mobilier et équipement de bureau	5 ans	5 ans
Équipement de communication multimédia	Sans objet	5 ans
Autres équipements : autre mobilier, équipement médical et de transport	Sans objet	12 ans, 15 ans

ATTRIBUTION DES SUBVENTIONS

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

FRAIS D'ÉMISSION, ESCOMPTE ET PRIME LIÉS AUX EMPRUNTS

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

REVENUS REPORTÉS

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;
- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du MSSS comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du MSSS comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
- Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent);

- Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

AVOIR PROPRE

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

REVENUS

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

REVENUS D'INTÉRÊTS

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

DETTES SUBVENTIONNÉES PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

RÉGIMES DE RETRAITE

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 4 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée d'un montant maximal de 30 000 000 $ (2010 : 30 000 000 $) auprès de Financement Québec, au taux d'acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,3 %. Au 31 mars 2011, le solde utilisé est de 414 816 $ (2010 : 1 604 037 $).

De plus, l'Agence dispose d'une facilité de crédit au montant de 20 000 000 $ (2010 : 14 487 000 $) auprès d'une institution financière au taux variant entre le taux préférentiel diminué de 1,75 % et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, garanti par le MSSS, dont 4 799 104 $ sont utilisés en date du 31 mars 2011 (2010 : 6 835 377 $).

La convention de crédit a été renégociée en date du 1er avril 2010. Le renouvellement est prévu le 31 août 2011.

NOTE 5 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes de prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 6 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 mars 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2011 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 187 216 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2012	178 789 $
2013	178 789 $
2014	178 789 $
2015	178 789 $
2016 et subséquentes	178 789 $
	893 945 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de la Côte-Nord. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2012	938 846 $
2013	873 846 $
2014	673 846 $
2015	566 346 $
2016	566 346 $

NOTE 7 - ÉVENTUALITÉ

L'Agence et le CSSS de la Basse-Côte-Nord ont reçu des réclamations de la part de quatre médecins et un dentiste, leur reprochant d'avoir causé la fin de leurs contrats d'emploi. Les réclamations à ce jour totalisent 2 755 000 $ pour quatre d'entre eux. À la date de préparation des états financiers, la direction de l'Agence n'est pas en mesure d'évaluer l'issue de ces réclamations ni les impacts financiers pouvant en découler, le cas échéant.

L'Agence a reçu une réclamation de la part d'une firme lui reprochant d'avoir mis fin à un contrat. La réclamation à ce jour totalise 60 000 $, taxes et intérêts en sus. Actuellement, l'Agence a proposé au plaignant une somme de 25 000 $, laquelle est comptabilisée dans les livres. À la date de préparation des états financiers, la direction de l'Agence n'est pas en mesure d'évaluer l'issue de ces réclamations ni les impacts financiers pouvant en découler, le cas échéant.

L'Agence a reçu une réclamation de la part d'un individu lui reprochant le non-respect d'une entente. Les réclamations à ce jour totalisent 91 172 $. À la date de préparation des états financiers, la direction de l'Agence n'est pas en mesure d'évaluer l'issue de cette réclamation ni les impacts financiers pouvant en découler, le cas échéant.

NOTE 8 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 9 - ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE

L'état de la variation de la dette nette n'est pas présenté dans les états financiers. Toutefois, l'information sur la dette est disponible à la lecture des autres états financiers et des informations explicatives.

NOTE 10 - ORGANISME NON CONSOLIDÉ SOUS CONTRÔLE DE L'AGENCE

L'Agence contrôle l'organisme Corélo inc. (l'organisme). L'organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes oeuvrant et bénéficiant de services dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec, et est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'Agence, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et elle est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée aux 31 mars 2011 et 2010 et pour les exercices terminés à ces dates sont les suivants :

Situation financière	**2011** ($)	**2010** ($)
Actif à court terme	890 169	1 460 651
Actif à long terme	12 837 621	12 786 269
	13 727 790	14 246 920
Passif à court terme	1 227 009	1 030 365
Passif à long terme	8 151 197	9 050 549
	9 378 206	10 080 914
Actifs nets	4 349 584	4 166 006
	13 727 790	14 246 920

Résultats des activités	**2011** ($)	**2010** ($)
Produits provenant des établissements	2 827 895	2 593 361
Autres produits	101 950	164 663
	2 929 845	2 758 024
Total des charges d'opération	2 757 740	2 333 497
Excédent des produits sur les charges	172 105	424 527

Évolution des actifs nets	**2011** ($)	**2010** ($)
Solde de début	4 201 884	3 716 747
Retraitement d'un exercice antérieur	(35 878)	14 000
Solde redressé	4 166 006	3 730 747
Excédent des produits sur les charges	172 105	424 527
Produits d'intérêts	11 473	10 732
Autres		
	4 349 584	4 166 006

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeur aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 423 443 $ (2010 : 719 106 $).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif.

ANNEXE A

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

(Règlement nº 1 de 2002)

Codification permanente : **Reg-eth-01**

ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD

Le 19 novembre 2002

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

1) d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
2) d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre;
3) d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale (CMR) et d'un avis du Département régional de médecine générale (DRMG);
4) d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées;
5) d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
6) de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
7) d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
8) d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Pour la réalisation de ses mandats, l'Agence obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'Agence présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'Agence et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent Code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Agence adhèrent.

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.01, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'une agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement. De plus, l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

> *« 406. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée. »*

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'une agence peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'Agence et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 406 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui prévoit que les administrateurs de l'Agence doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord;

ATTENDU l'article 3.01 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'Agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement;

ATTENDU QUE l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité.

Les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- **Primauté des intérêts de la population à desservir;**
- **Distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'Agence, de favoriser la transparence au sein de l'Agence et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

   Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :
- traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'Agence, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;

b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;

c) « **Code** » désigne le présent Code;

d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;

f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;

g) « **Agence** » désigne l'Agence de la Côte-Nord.

III. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord

À cette fin, l'administrateur :

5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.

6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

10. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

11. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'Agence; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

    Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.

Neutralité

12. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisanes. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

13. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

14. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisanes.

15. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

    Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

16. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.

17. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

18. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

20. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discrétion

21. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

    Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

    L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

22. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.

23. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'Agence.

24. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

25. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

26. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'Agence et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou association.

    L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'Agence dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'Agence et de l'administration de tous les biens qu'elle possède ou dont elle a la garde.

27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

30. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

31. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

32. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'Agence et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le président-directeur général, le directeur de santé publique et les conflits d'intérêts

33. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique, sous peine de déchéance de sa charge ou de son congédiement, ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

34. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le président-directeur général ou le directeur de santé publique et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

35. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement ou une agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le président-directeur général ou le directeur de santé publique a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du président-directeur général et du directeur de santé publique

36. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'Agence et des devoirs de sa fonction. Cependant, il peut occuper un autre emploi, charge ou fonction, dans la mesure où le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorise. Lorsqu'une telle autorisation est accordée, le conseil d'administration doit en être informé.

Biens de l'Agence

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'Agence. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'Agence pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

    Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.

41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

42. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.

44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.

46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.

47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat

À cette fin, l'administrateur :

52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

53. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

54. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Agence, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

55. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux.

56. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

57. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

58. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'Agence. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

59. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

    Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

    Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

60. Le comité sur l'éthique et la déontologie décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

61. Au moment où il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

62. À la suite de son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

63. À la suite du rapport du comité sur l'éthique et la déontologie, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Si la décision est à l'effet que l'administrateur a contrevenu à une loi, un règlement ou au présent Code, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, transmet, pour décision finale, l'allégation, le dossier et ses recommandations au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

64. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif doit, sur réception de l'allégation, faire part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

Lorsque le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif arrive à la conclusion que l'administrateur a contrevenu à une loi, à un règlement ou au présent Code, il transmet sa recommandation au secrétaire général du Conseil exécutif qui décide de la sanction à imposer.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

Si la sanction proposée consiste en la révocation de l'administrateur, celle-ci ne peut être imposée que par le gouvernement.

VI. ENGAGEMENTS

65. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.

VII. LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

66. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX. CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

70. Par le présent Code, un comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autre que le président du conseil d'administration et le président-directeur général.

Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an.

71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 69 du présent Code.

74. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.

75. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.

Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

76. Les fonctions du comité sont les suivantes :
   a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;
   b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;
   c) Déterminer, à la suite d'une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;
   d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

77. Le président-directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

XI. DISPOSITIONS FINALES

78. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration.

ANNEXE B

RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2010

RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2010 SELON LES TERRITOIRES DE CSSS ET LA RÉGION CÔTE-NORD

MALADIE	CSSS de la Haute-Côte-Nord	CSSS de Manicouagan	CSSS de Port-Cartier	CSSS de Sept-Îles	CSSS de la Minganie	CSSS de la Basse-Côte-Nord	CSSS de l'Hématite	CLSC Naskapi	TOTAL CÔTE-NORD 2010 (incluant les communautés innues)
Maladies entériques									
Gastroentérite à *Yersinia entérocolitica*	2	1							3
Giardiase	1	3	1	1		2			8
Hépatite A	1								1
Infection à campylobacter	4	10		5		1			20
Salmonellose	1	4	1	5	1	3	1		16
Infections transmissibles sexuellement et par le sang									
Hépatite C (sans précision)	1	2	1	3					7
Infection à *Chlamydia trachomatis*	9	59	15	101	20	13	3	15	235*
Infection gonococcique		1		4	2				7
Syphilis				2					2
Maladies évitables par l'immunisation									
Coqueluche	1			1					2
Infection invasive à *Streptocoque pneumoniae*	1	8	1	6					16
Oreillons						1			1
Autres									
Infection à *Plasmodium* (paludisme)				1					1
Infection invasive à *Streptocoque* du groupe A		1		2					3
Tuberculose		1		1					2
TOTAL	**21**	**90**	**19**	**132**	**23**	**20**	**4**	**15**	**324**

* Dont un cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* pulmonaire.

Source : Registre provincial des MADO, Laboratoire de santé publique du Québec, région Côte-Nord, 1er janvier au 31 décembre 2010.

Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Québec

691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone: (418) 589-9845
Télécopieur: (418) 589-8574